



PLAN OPÉRATIONNEL.

MISE EN ŒUVRE DE LA

DÉCLARATION DES CHEFS

D'ÉTAT ET DE GOUVERNEMENT

DE LA SADC SUR LA TB DANS

LE SECTEUR MINIER EN





TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	v
ACRONYMES	vi
REMERCIEMENTS.....	ix
CHAPITRE 1 :	1
CONTEXTE	1
1.1 Déclaration des chefs d'État et de gouvernement sur la tuberculose dans le secteur minier.	1
1.2 Objectif stratégique de la déclaration.....	2
1.3 Objectifs de la déclaration.....	2
1.4 Domaines d'action prioritaires recommandés	2
1.5 Interventions stratégiques clés	3
1.5.1 Renforcement de la responsabilisation, de la coordination et de la collaboration pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier aux niveaux national et régional, avec les résultats critiques suivants.....	3
1.5.2 Promouvoir un environnement politique et législatif favorable au contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier grâce aux interventions clés et aux résultats critiques suivants :	3
1.5.3 Renforcement des interventions programmatiques pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier, avec les résultats critiques suivants :	4

1.5.4 Renforcement du système de surveillance de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier, avec les résultats essentiels suivants :	5
1.5.5 Renforcement du suivi et de l'évaluation du programme (S&E) avec les résultats critiques suivants :	5
1.5.6 Renforcement du financement des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans les mines, avec les résultats critiques suivants :	5
1.6: Justifications de la déclaration	6
1.6.1 Une charge de tuberculose disproportionnée dans la région de la SADC	6
1.6.2 L'importante valeur économique du secteur minier dans la région	8
1.6.3 La menace que représente la charge élevée de la tuberculose, du VIH et des autres maladies professionnelles pour la valeur économique du secteur minier dans la région de la SADC9	
CHAPITRE 2 :	13
VERS LA MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION.....	13
2.1 Le code de conduite de la SADC sur la tuberculose dans le secteur minier	13
2.1.1 Définitions standard.....	13
2.1.2 Principes fondamentaux	14
2.2 Évoquer les contextes mondiaux et régionaux dans la mise en œuvre de la Déclaration	15
2.2.1 Engagements mondiaux.....	15

2.3	Évoquer d'autres engagements continentaux et régionaux en matière de lutte contre la TB et le VIH	22
2.4	La lutte contre la tuberculose à l'ère de la pandémie de COVID-19.....	23
2.5	Implications des engagements mondiaux et régionaux pour la mise en œuvre de la SADC Déclaration.....	24
CHAPITRE 3 :		26
ANALYSE DE LA SITUATION : INITIATIVES REGIONALES POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LE SECTEUR MINIER.....		26
3.1	Projet de soutien aux systèmes de santé et de lutte contre la tuberculose en Afrique australe (SATBHSS)	26
3.2	L'initiative de lutte contre la tuberculose dans le secteur minier en Afrique australe (TIMS).....	26
3.3	État d'avancement des principaux résultats de la déclaration en octobre 2022.....	28
3.3.1	Niveau régional [Secrétariat de la SADC]	28
3.3.2	Au niveau des États membres.....	30
CHAPITRE 4 :		38
LE PLAN OPERATIONNEL.....		38
4.1	Orientation stratégique	38
4.2	Le plan de travail.....	38
4.2.1	Niveau régional.....	39
CHAPITRE 5 :		55

MATRICE DU PLAN DE TRAVAIL, ENTITE RESPONSABLE, CALENDRIER, PRINCIPAUX RESULTATS ET BUDGET	55
5.1 Niveau Régional	55
5.2 Niveaux nationaux **	62
CHAPITRE 6 :	73
ANNEXES	73
Annexe 6.1 : Engagements des ODD, de l'initiative "Mettre fin à la tuberculose" et de la déclaration politique de haut niveau de l'ONU sur la tuberculose à l'horizon 2030	73
Annexe 6.2 État de la mise en œuvre des initiatives de lutte contre la tuberculose dans les mines dans les pays sélectionnés qui ont soumis questionnaires remplis	74
6.2.1 L'Angola	74
6.2.2 L'Eswatini	74
6.2.3 Le Malawi	75
6.2.4 Le Zimbabwe	76
6.2.5 La Zambie	78
6.2.6 Les Seychelles	79
6.2.7 La République d'Afrique du Sud	79
CADRE DE RESPONSABILISATION D'ACTION ET FICHE D'EVALUATION DE LA STRATEGIE "METTRE FIN A LA TUBERCULOSE (END TB)" DE LA SADC	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Listes mondiales de l'OMS des pays à forte charge de morbidité pour la tuberculose (TB), la TB/VIH et la TB multi résistante à la rifampicine (MDR/RR-TB), 2021-2025	7
Tableau 2 : Estimation de la charge de la tuberculose chez les travailleurs des mines [Source des données : Données épidémiologiques sur la tuberculose, la tuberculose multi résistante, la silicose et le VIH chez les mineurs et les ex-mineurs en Afrique australe, 2017].....	10
Tableau 3 : ODD et les indicateurs d'impact, les cibles et les étapes de la stratégie "Mettre fin à la TB' (End TB).....	17
Table 4 : Les indicateurs clés de la stratégie 'Mettre fin à la TB' (End TB).....	18
Tableau 3.1 : État d'avancement des principaux résultats régionaux à la fin du mois d'octobre 2022	29
Tableau 3.2 : État d'avancement des principaux résultats attendus au niveau des États membres à la fin du mois d'octobre 2022.....	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : États membres de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) ... 1

ACRONYMES

ADPP Mozambique	Une association non gouvernementale mozambicaine qui œuvre dans les domaines de l'éducation de qualité, de la santé et du bien-être, de l'agriculture durable et de l'environnement.
AUDA-NEPAD	Agence de développement de l'Union africaine
AGNU	Assemblée générale des Nations unies
BM	Banque Mondiale
CDC-Afrique	Centres africains de contrôle des maladies
COVID-19	Découverte d'une maladie respiratoire causée par le coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) en 2019
CSST	Centres de services de santé au travail
CSU	Couverture sanitaire universelle
DFID	Département britannique pour le développement international
DMR	ministère des Ressources minérales
DMRE	Département des ressources minérales et de l'énergie
ECSCA-HC	Communauté de santé de l'Afrique orientale, centrale et australe
EMAPE	Exploitation minière artisanale et à petite échelle
Expert MTB/RIF	Équipement de test moléculaire pour l'identification des bacilles résistants à la rifampicine
FMLSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GTT	Groupe de travail technique
LSST	Loi sur la santé et la sécurité dans les mines
MHSC	Conseil de la santé et de la sécurité dans les mines (pour, Mine Health and Safety Council)
MITHAC	Comité consultatif sur la tuberculose et le VIH dans l'industrie minière (de l'anglais, Mining Industry TB and HIV Advisory Committee)
MOFF ou SWOT	Menaces, opportunités, faiblesses et forces
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du travail

ODMWA	Loi sur les maladies professionnelles dans les mines et les travaux (de l'anglais, Occupational Diseases in Mines and Works Act)
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisations des Nations Unies
OSC	Organisations de la société civile
PAC-TB	Position africaine commune sur la tuberculose
PCI	Prévention et contrôle des infections
PIB	Produit intérieur brut
PEPFAR	Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le SIDA (de l'anglais, President's Emergency Plan for AIDS Relief)
POS	Procédures opérationnelles standard
PRFI	Pays à revenu faible ou intermédiaire
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SAFAIDS	Service de diffusion de l'information sur le VIH et le sida en Afrique australe (de l'anglais, Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service)
SATBHSP	Projet de soutien aux systèmes de santé et de lutte contre la tuberculose en Afrique australe (de l'anglais, Southern African Tuberculosis and Health Systems Support Project)
S&E	Suivi et évaluation
SST	Santé et sécurité au travail
ST	Santé au travail
TB	Tuberculose
TB-MR/MDR-TB	Tuberculose multi résistante
TdL	Taux de Létalité
TIMS	Projet Tuberculose dans les mines
TSM	Test de sensibilité aux médicaments
UA	Union Africaine
UNHLM-TB	La Réunion de Haut Niveau sur la Tuberculose des Nations Unies (de l'anglais, United Nations High Level Meeting on TB)

VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH/TB	Tuberculose liée au virus de l'immunodéficience humaine
VLEP	Valeurs limite d'exposition professionnelle
XDR-TB	Tuberculose ultrarésistante aux médicaments

REMERCIEMENTS

Le Plan opérationnel de la SADC a été élaboré avec les contributions des fonctionnaires des États membres et le soutien financier du Fonds mondial à travers la Phase III du projet TB dans le secteur minier en Afrique australe, mis en œuvre par la Communauté de la santé d'Afrique de l'Est, centrale et australe (ECSA-HC).

Le Secrétariat de la SADC souhaite exprimer ses profonds remerciements à tous les fonctionnaires impliqués - en particulier des Ministères de la Santé, des Ministères des Mines, des Ministères du Travail et d'autres ministères concernés des États membres de la SADC - pour leurs efforts et leur coopération dans la mise à disposition d'informations et de documents clés qui ont été utilisés pour élaborer ce plan opérationnel, ainsi que leur participation à diverses entrevues régionales et nationales avec des informateurs clés, consultations en ligne, examen et validation du plan. Sans leur engagement, l'élaboration de ce plan opérationnel aurait été difficile.

Le Secrétariat de la SADC remercie également profondément le groupe de travail technique qui a coordonné l'élaboration de ce plan opérationnel, avec des membres issus de l'ECSA-HC, du Mécanisme de coordination régionale, de l'AUDA-NEPAD et des fonctionnaires nationaux de divers départements gouvernementaux. Vos contributions ont été essentielles pour orienter et définir la portée de ce plan, et nous sommes convaincus qu'il fera une différence significative dans la réalisation de nos objectifs communs.

CHAPITRE 1 :

CONTEXTE

1.1 Déclaration des chefs d'État et de gouvernement sur la tuberculose dans le secteur minier

Tout en reconnaissant une charge disproportionnée de tuberculose et de tuberculose/VIH dans le secteur minier, et la mesure dans laquelle ces charges et d'autres maladies professionnelles, telles que la silicose, ont érodé la contribution potentielle du secteur minier au développement économique de la région, lors d'un sommet qui s'est tenu en août 2012 à Maputo, en République du Mozambique, les chefs d'État et de gouvernement des États membres de la région de la SADC (figure 1), ont adopté une déclaration sur la tuberculose (TB) dans le secteur minier dont l'objectif est de lutter contre la charge élevée de la tuberculose, des infections au VIH et d'autres maladies professionnelles, dans le secteur minier, et d'atténuer leurs impacts négatifs sur la contribution potentielle du secteur minier au développement économique de la région.

Figure 1 : États membres de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC)



La Déclaration cherche à s'attaquer aux principaux facteurs contribuant à l'explosion de la tuberculose et du VIH dans le secteur minier, notamment :

- i. les conditions professionnelles et environnementales qui alimentent les taux élevés de transmission de la tuberculose et du VIH,

- ii. le manque de personnes atteintes de la tuberculose et du VIH au sein de la communauté minière,
- iii. l'absence d'anciens travailleurs miniers qui pourraient avoir la tuberculose ; et
- iv. l'absence ou l'insuffisance de cadres juridiques et réglementaires qui protègent la vie et les droits, et prévoient une indemnisation légitime pour les maladies professionnelles chez les mineurs actuels et anciens.

1.2 Objectif stratégique de la déclaration

Contribuer à l'élimination des nouvelles infections par la tuberculose et le VIH, la silicose et d'autres maladies professionnelles, à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination, et à l'élimination des décès dus à la tuberculose, au VIH, à la silicose et à d'autres maladies professionnelles, en créant des environnements de travail et de vie sûrs et sains pour les travailleurs et anciens travailleurs des mines, leurs familles et les communautés liées aux mines.

1.3 Objectifs de la déclaration

Ils sont au nombre de quatre, à savoir :

- 1) Donner des conseils opérationnels et une orientation stratégique aux États membres dans leurs efforts pour éliminer la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies professionnelles dans les mines ;
- 2) Fournir aux États membres des principes et des normes minimales pour la gestion de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier ;
- 3) Fournir aux États membres un cadre pour les consultations sur les mesures efficaces pour relever les défis de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier ; et
- 4) Fournir aux États membres un instrument de mobilisation des ressources.

1.4 Domaines d'action prioritaires recommandés

La Déclaration identifie et recommande des actions dans six domaines prioritaires, à savoir :

1. Prévention de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
2. Dépistage et test de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles
3. Fourniture de services de conseil en matière de VIH ;

4. Traitement, soins et soutien des personnes atteintes de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles ;
5. Fourniture de services personnels, environnementaux et administratifs de prévention et de contrôle de l'infection par la tuberculose et le VIH ; et
6. Renforcement des systèmes d'information sanitaire pour surveiller et suivre l'apparition de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.

1.5 Interventions stratégiques clés

Six interventions stratégiques prioritaires, et les résultats critiques correspondants, sont spécifiés ci-dessous :

1.5.1 Renforcement de la responsabilisation, de la coordination et de la collaboration pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier aux niveaux national et régional, avec les résultats critiques suivants

- a. Cadres régionaux et nationaux pour la coordination des maladies transmissibles et des questions de santé et de sécurité au travail dans les mines.
- b. Définition claire des rôles et des responsabilités des différentes parties prenantes dans le secteur minier, conformément aux principes du Tripartite et du Tripartite Plus.
- c. Des groupes de travail régionaux et nationaux qui supervisent les cadres de coordination pour les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles.
- d. des commissions ministérielles régionales et nationales (avec le plus haut niveau d'adhésion des structures tripartites) qui supervisent la mise en œuvre des cadres régionaux et nationaux, et
- e. Des bureaux focaux nationaux indépendants chargés de faciliter la résolution des plaintes liées aux questions de santé dans le secteur minier ;

1.5.2 Promouvoir un environnement politique et législatif favorable au contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier grâce aux interventions clés et aux résultats critiques suivants :

- a. Politiques et directives régionales harmonisées en matière de traitement de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier,

- b. Classification de la tuberculose et de la silicose acquises dans les mines comme maladies professionnelles ;
- c. Politiques et législation au niveau national sur la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier, conformes aux normes minimales de la SADC et aux meilleures pratiques internationales ;
- d. Une législation sur la déclaration obligatoire et ventilée de la tuberculose, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles.
- e. Environnement législatif qui soutient l'indemnisation des travailleurs et anciens travailleurs des mines qui contractent une maladie professionnelle ;
- f. Limites régionales et nationales définies pour l'exposition cumulative à la poussière de silice, conformément aux conventions et aux critères internationaux et aux meilleures pratiques ;
- g. Des limites régionales et nationales d'exposition professionnelle à la silice (LEP – Limites d'exposition professionnelles) alignées sur les meilleures pratiques et références internationales.

1.5.3 Renforcement des interventions programmatiques pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier, avec les résultats critiques suivants :

- a) L'existence de normes minimales et de programmes d'intervention pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien des victimes de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, ainsi que pour l'atténuation de leur impact dans les mines ;
- b) La prise en charge par les employeurs de la gestion de toutes les maladies professionnelles, y compris les cas de tuberculose associés à la silicose, après l'emploi.
- c) Des interventions établies pour assurer un environnement de travail sûr qui minimise l'exposition des mineurs à la poussière de silice ;
- d) L'existence de programmes intégrés de bien-être pour la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, accessibles à tous les mineurs et anciens mineurs, quel que soit leur statut contractuel, ainsi qu'à leurs familles et aux communautés minières.

- e) La réalisation de recherches opérationnelles de soutien sur la prévention et le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.

1.5.4 Renforcement du système de surveillance de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier, avec les résultats essentiels suivants :

- a) Établissement d'exigences obligatoires pour la surveillance des maladies professionnelles et la communication de données désagrégées sur la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans les États membres de la SADC ;
- b) Système standardisé pour la déclaration de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans les États membres de la SADC ;

1.5.5 Renforcement du suivi et de l'évaluation du programme (S&E) avec les résultats critiques suivants :

- a) Un cadre commun de suivi et d'évaluation de la tuberculose dans le secteur minier pour la région de la SADC.
- b) Des indicateurs régionaux normalisés pour surveiller et évaluer la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles dans les mines.
- c) Des réglementations régionales et nationales pour surveiller la conformité au contrôle des maladies prescrites et de l'exposition à la poussière ;
- d) un outil de suivi et d'évaluation de la budgétisation, du financement et des dépenses nationales en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, et
- e) Un cadre régional et national de suivi et d'évaluation des niveaux de poussière de silice dans les mines ;

1.5.6 Renforcement du financement des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans les mines, avec les résultats critiques suivants :

- a) La preuve d'un financement suffisant de la part des gouvernements et des compagnies minières pour les interventions programmatiques concernant la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles, et pour les obligations d'indemnisation ;

- b) Des partenariats nationaux et internationaux pour la mobilisation des ressources afin de soutenir les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.

1.6: Justifications de la déclaration

1.6.1 Une charge de tuberculose disproportionnée dans la région de la SADC

La Région africaine, et la Région SADC en particulier, ont réussi à stopper et à commencer à inverser l'incidence de la tuberculose avant la fin de l'ère des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. En outre, le Zimbabwe et l'Angola ont récemment quitté la liste des pays à forte charge de tuberculose et à forte charge de tuberculose/VIH, respectivement.

Malgré ces avancées, les dernières informations disponibles indiquent que :

- i. Avec seulement 26,0 % de la population africaine (371 885 204 sur 1 426 730 933), la région SADC contribue de manière disproportionnée aux cas de tuberculose notifiés dans la région africaine de l'OMS. L'ampleur a varié jusqu'à plus de 60% de tous les cas de tuberculose notifiés, et plus de 90% de tous les cas de tuberculose résistante aux médicaments notifiés. En 2020, la région SADC représentait 69 % de tous les cas de tuberculose notifiés dans la région africaine de l'OMS.
- ii. Douze des seize États membres de la SADC (75 %) font actuellement partie des 30 pays à forte charge de tuberculose, de tuberculose/VIH ou de MDR-RR.
- iii. La République démocratique du Congo, le Mozambique, la République d'Afrique du Sud et la Zambie restent des pays à forte charge dans les trois catégories de charge de tuberculose. Le Zimbabwe et l'Angola restent parmi les pays à forte charge de tuberculose/VIH et de tuberculose MDR-RR, respectivement. La Zambie a récemment rejoint la liste des pays à forte charge de tuberculose MDR-RR (tableau 1).

Tableau 1 : Listes mondiales de l'OMS des pays à forte charge de morbidité pour la tuberculose (TB), la TB/VIH et la TB multi résistante à la rifampicine (MDR/RR-TB), 2021-2025¹

List	The 30 high TB burden countries		The 30 high TB/HIV burden countries		The 30 high MDR/RR-TB burden countries	
Purpose and target audience	To provide a focus for global action on TB in the countries where progress is most needed to achieve the targets and milestones set in the WHO End TB Strategy, the political declaration of the UN high-level meeting on TB held in 2018 and the SDGs, to help build and sustain national political commitment and funding in the countries with the highest burden in terms of absolute numbers or severity, and to promote global monitoring of progress in a well-defined set of countries.		To provide a focus for global action on HIV-associated TB in the countries where progress is most needed to achieve targets and milestones set in the WHO End TB Strategy, the political declaration of the UN high-level meeting on TB held in 2018, the UNAIDS global strategy for HIV/AIDS and the SDGs, to help build and sustain national political commitment and funding in the countries with the highest burden in terms of absolute numbers or severity, and to promote global monitoring of progress in a well-defined set of countries.		To provide a focus for global action on the public health crisis of drug-resistant TB in the countries where progress is most needed to achieve targets and milestones set in the WHO End TB Strategy and the political declaration of the UN high-level meeting on TB held in 2018, to help build and sustain national political commitment and funding in the countries with the highest burden in terms of absolute numbers or severity, and to promote global monitoring of progress in a well-defined set of countries.	
Definition	The 20 countries with the highest estimated numbers of incident TB cases, plus the top 10 countries with the highest estimated TB incidence rate that are not in the top 20 by absolute number (threshold, >10 000 estimated incident TB cases per year).		The 20 countries with the highest estimated numbers of incident TB cases among people living with HIV, plus the top 10 countries with the highest estimated TB/HIV incidence rate that are not in the top 20 by absolute number (threshold, >1000 estimated incident TB/HIV cases per year).		The 20 countries with the highest estimated numbers of incident MDR/RR-TB cases, plus the top 10 countries with the highest estimated MDR/RR-TB incidence rate that are not in the top 20 by absolute number (threshold, >1000 estimated incident MDR/RR-TB cases per year).	
Countries in the list, based on 2019 estimates of the incidence of TB, HIV-associated TB and MDR/RR-TB published in the 2020 WHO global TB report	<i>The top 20 by estimated absolute number (in alphabetical order):</i> Angola Bangladesh Brazil China Democratic People's Republic of Korea Democratic Republic of Congo Ethiopia India Indonesia Kenya Mozambique Myanmar Nigeria Pakistan Philippines South Africa Thailand Uganda United Republic of Tanzania Viet Nam	<i>The additional 10 by estimated incidence rate per 100 000 population per year and with a minimum number of 10 000 cases per year (in alphabetical order):</i> Central African Republic Congo Gabon Lesotho Liberia Mongolia Namibia Papua New Guinea Sierra Leone Zambia	<i>The top 20 by estimated absolute number (in alphabetical order):</i> Brazil Cameroon China Democratic Republic of Congo Ethiopia India Indonesia Kenya Malawi Malawi Mozambique Myanmar Nigeria Philippines Russian Federation South Africa Thailand Uganda UR Tanzania Zambia Zimbabwe	<i>The additional 10 by estimated incidence rate per 100 000 population per year, and with a minimum of 1000 incident cases per year (in alphabetical order):</i> Botswana Central African Republic Congo Eswatini Gabon Guinea Guinea-Bissau Lesotho Liberia Namibia	<i>The top 20 by estimated absolute number (in alphabetical order):</i> Angola Bangladesh China Democratic People's Republic of Korea Democratic Republic of Congo India Indonesia Kazakhstan Mozambique Myanmar Nigeria Pakistan Peru Philippines Russian Federation Somalia South Africa Ukraine Uzbekistan Viet Nam	<i>The additional 10 by estimated rate per 100 000 population per year and with a minimum of 1000 incident cases per year (in alphabetical order):</i> Azerbaijan Belarus Kyrgyzstan Mongolia Nepal Papua New Guinea Republic of Moldova Tajikistan Zambia Zimbabwe
Share of global incidence in 2019	84%	2.3%	83%	5.3%	86%	3.7%
Lifetime of list	5 years (review criteria and included countries in 2025).		5 years (review criteria and included countries in 2025).		5 years (review criteria and included countries in 2025).	

- iv. Depuis la fin de l'ère des OMD, on observe un lent déclin de l'incidence de la tuberculose et des taux de mortalité ; une faible couverture du traitement, ce qui entraîne un accès limité aux services de santé de diagnostic et de gestion de la tuberculose, de la tuberculose/du VIH et d'autres maladies connexes ; des taux de réussite du traitement inférieurs à l'objectif recommandé de 90 % ; et une incidence croissante de la tuberculose résistante aux médicaments.
- v. Ces dernières années, on constate une augmentation de la tuberculose associée à des maladies non transmissibles et à des facteurs de risque tels que le diabète, le tabagisme, la silicose, l'abus d'alcool et de drogues et la malnutrition.
- vi. Les dernières informations (Rapport mondial sur la tuberculose 2021) montrent qu'au niveau mondial, le financement des services essentiels de lutte contre la tuberculose est

¹ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/who_globalhbcliststb_2021-2025

tombé en dessous de 50 % de l'objectif fixé pour 2020. D'une manière générale, le financement dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), qui représentent 98 % des cas de tuberculose déclarés, est bien en deçà des besoins, et on observe une baisse de 8,7 % des dépenses entre 2019 et 2020 (de 5,8 milliards de dollars US à 5,3 milliards de dollars US), pour revenir au niveau de 2016. Cela représente moins de la moitié (41 %) de l'objectif mondial de 13 milliards de dollars US par an d'ici 2022, et seulement 39 % du montant estimé nécessaire en 2020 dans le Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose du Partenariat Halte à la tuberculose, 2018-2022, et...

- vii. La pandémie de COVID-19 depuis 2020 a annulé certains des progrès réalisés dans les indicateurs de contrôle de la tuberculose au cours des dernières décennies.

1.6.2 L'importante valeur économique du secteur minier dans la région

L'exploitation minière représente plus de 60 % des recettes en devises de la région et au moins 10 % du PIB² de la région et 5% de l'emploi formel³. Si elles sont pleinement exploitées, ces propriétés sont capables de propulser le bien-être économique de la région vers de nouveaux sommets. Depuis longtemps, le secteur minier joue un rôle important dans le développement économique de la région de la SADC, notamment en Afrique du Sud, qui est considérée comme la troisième plus grande industrie minière du monde, contribuant à environ 8 % du PIB total du pays en 2016⁴.

En plus, la région de la SADC possède des réserves minérales d'une valeur estimée à 5 billions de dollars dans plus de 3 000 mines actives enregistrées. En outre, la région possède la plupart des réserves mondiales de chrome, de vanadium, de platine et de diamants. Elle représente 36 % de l'or et 20 % du cobalt ; et les États membres de la SADC produisent deux tiers des exportations de minéraux de l'Afrique en valeur⁵ (Figure 2). L'industrie minière emploie plus de 500 000 travailleurs et s'appuie sur les travailleurs migrants des zones rurales et des pays voisins (pays fournisseurs de main-d'œuvre). La figure 2 ci-dessous montre la contribution estimée du secteur minier à l'économie de certains États membres de la SADC, confirmant que l'exploitation minière est un important générateur de revenus pour la région, et qu'un certain nombre de pays dépendent fortement des exportations de minéraux pour la vente des ressources extraites. Par exemple, au

² <https://sadcabc.org/status-of-mining-in-sadc/>

³ Rapport sur les marchés miniers en Afrique australe, 2014

⁴ Le Groupe de la Banque mondiale

⁵ Rapport sur les marchés miniers en Afrique australe, 2014

Botswana, on estime que l'exploitation minière représente 19 % du PIB et 92 % des exportations, ce qui en fait le secteur dominant du pays.

L'industrie minière dans la région de la SADC comprend, d'une part, de grandes sociétés minières multinationales qui ont leurs racines en Afrique et à l'étranger, telles que BHP Billiton, Rio Tinto, Anglo American, GlencoreXstrata et Barrick, avec une valeur combinée de 335 milliards de dollars US (figure 3) et, d'autre part, l'exploitation minière artisanale et à petite échelle. Les entreprises d'exploitation minière artisanale et à petite échelle (EMAPE) constituent une activité économique de subsistance importante pour les individus et leurs communautés, en particulier les individus qui ont des moyens limités de générer des revenus pour gagner leur vie. Dans une analyse de 2017, la population des travailleurs de l'EMAPE a été estimée à 1,5 million en Tanzanie, à plus de 560 000 au Zimbabwe et à 200 000 au Mozambique, parmi d'autres États membres de la SADC. Ces EMAPE opèrent généralement dans des contextes où les orientations politiques et juridiques sont faibles, voire inexistantes, et où les réglementations en matière de santé et de sécurité sont peu respectées, ce qui expose la santé des mineurs et de leur famille immédiate et élargie à un risque accru.

1.6.3 La menace que représente la charge élevée de la tuberculose, du VIH et des autres maladies professionnelles pour la valeur économique du secteur minier dans la région de la SADC

Si la région de la SADC dans son ensemble est confrontée à une charge de tuberculose disproportionnée par rapport au reste de la région africaine de l'OMS, le secteur minier de la région de la SADC présente des taux particulièrement élevés de tuberculose, de tuberculose/VIH et d'autres maladies respiratoires professionnelles. Les taux de tuberculose, de VIH et de co-infection tuberculose/VIH parmi les mineurs et les anciens mineurs sont au moins trois fois plus élevés que dans la population générale au-delà des frontières nationales (tableau 2), et les mineurs de la région de la SADC ont des taux de tuberculose parmi les plus élevés au monde. Rien qu'en Afrique du Sud, les taux de tuberculose au sein de la main-d'œuvre minière se situent entre 2 500 et 3 000 cas pour 100 000 personnes, soit une incidence dix fois supérieure au seuil d'urgence sanitaire fixé par l'OMS. En outre, de nombreux travailleurs des mines sont exposés à de multiples facteurs de risque de tuberculose, notamment le VIH, les perturbations des soins de santé, la vie en communauté et les environnements de travail difficiles.

Le secteur minier est également associé à des niveaux importants de migrations transfrontalières. Sur les quelque 500 000 mineurs travaillant dans les mines de la République d'Afrique du Sud, environ 40 % sont originaires du Mozambique, du Swaziland et du Lesotho. Les mineurs sont également plus exposés à la tuberculose en raison de leur exposition prolongée à la poussière de silice, de leurs mauvaises conditions de vie et de la forte prévalence du VIH dans les communautés minières. En outre, les mouvements circulaires des mineurs à travers les frontières provinciales et nationales de la sous-région, ainsi qu'un mauvais système d'orientation sanitaire transfrontalier, alimentent les taux d'infection, nuisent à l'adhésion au traitement de la tuberculose et contribuent à l'incidence élevée de souches résistantes aux médicaments, telles que la tuberculose multi résistante (MDR) et ultrarésistante (XDR)⁶.

Tableau 2 : Estimation de la charge de la tuberculose chez les travailleurs des mines [Source des données : Données épidémiologiques sur la tuberculose, la tuberculose multi résistante, la silicose et le VIH chez les mineurs et les ex-mineurs en Afrique australe, 2017].

TB, TB/VIH et silicose chez les travailleurs des mines											
Indicateurs clés	Le Botswana	Le Lesotho	Le Malawi	Le Mozambique	La Namibie	L'Afrique du Sud	L'Eswatini	La Tanzanie	La Zambie	Le Zimbabwe	
La taille de la population minière	29,043	15,911	54,000	174,906	19,000	493,921	2,520	1,500,000	68,473	632,025	
La Prévalence de la tuberculose dans la population générale (pour 100 000)	385	852	227	551	561	834	733	269	406	278	

⁶ <https://www.worldbank.org/en/programs/the-southern-africa-tb-in-the-mining-sector-initiative>

La Prévalence de la tuberculose dans la zone minière (pour 100 000)	1320	7200	Pas de données	Pas de données	859 - 1380	3000	5194	6600	700 - 840	Pas de données
La prévalence du VIH dans les zones minières (%)	25-28	20-40	Pas de données	26-42	13-24	12-47	20	9	7-18	16-20
La prévalence de la silicose (%)	10.2	25-26	Pas de données	Pas de données	Pas de données	22-32	Pas de données	1.6	Pas de données	0.1
Pourcentage de patients tuberculeux infectés par le VIH	60	72	54	52	44	61	79	31	73	68

En l'absence d'actions de contrôle efficaces, les taux élevés et persistants de tuberculose et d'infection par le VIH menacent d'éroder les contributions économiques positives du secteur minier en raison des niveaux élevés de mauvaise santé, de décès et de handicaps respiratoires débilitants, et d'autres handicaps qui changent la vie, parmi les travailleurs des mines et les communautés environnantes.

Des analyses récurrentes du secteur minier d'Afrique australe (réalisées à la demande des gouvernements nationaux, de la SADC, de la Banque mondiale et de l'industrie minière) ont identifié à plusieurs reprises les principaux déterminants négatifs qui contribuent à la charge de morbidité élevée dans le secteur, notamment :

- i. Accès insuffisant ou inexistant aux services sociaux et de santé pour les travailleurs et anciens travailleurs des mines, leurs familles et leurs communautés.
- ii. Absence de mécanismes efficaces d'orientation médicale transfrontalière dans la région de l'Afrique australe.
- iii. Non-harmonisation des médicaments et des régimes de traitement pour la gestion de la tuberculose et du VIH/SIDA dans les pays de la région.
- iv. L'inadéquation ou l'absence de cadres juridiques et réglementaires pour faciliter les soins, et pour traiter les droits des travailleurs et anciens travailleurs des mines,
- v. L'insuffisance ou l'absence de cadres juridiques et de mécanismes administratifs pour l'indemnisation financière des travailleurs et anciens travailleurs des mines atteints de tuberculose, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
- vi. L'absence ou l'inadéquation des programmes de surveillance médicale et des programmes de suivi après l'emploi, et
- vii. Le manque d'information des mineurs, des anciens mineurs, des employeurs, des syndicats et des gouvernements sur leurs rôles, leurs droits et leurs responsabilités.

CHAPITRE 2 :

VERS LA MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION

2.1 Le code de conduite de la SADC sur la tuberculose dans le secteur minier

Afin de rendre opérationnelle la déclaration des chefs d'État et de gouvernement, les États membres seront guidés par un code de conduite sur la tuberculose dans le secteur minier approuvé par le Conseil des ministres de la SADC⁷. Le Code réaffirme l'engagement des États membres à éliminer la tuberculose dans la région et à améliorer les pratiques et les normes en matière d'environnement, de santé et de sécurité dans le secteur minier, conformément aux dispositions des protocoles régionaux et internationaux sélectionnés⁸. Conformément au Code, les définitions et principes standard suivants seront fondamentaux pour la mise en œuvre de la Déclaration.

2.1.1 Définitions standard

Aux fins du présent plan, les définitions standard suivantes s'appliquent :

- i. **Maladie professionnelle** : toute maladie contractée en raison d'une exposition à des facteurs de risque découlant de l'activité professionnelle, et lorsqu'il existe une relation de cause à effet entre l'exposition dans un environnement de travail spécifique, ou l'activité professionnelle, et une maladie spécifique, et que la maladie survient avec une fréquence supérieure à la moyenne chez les personnes exposées par rapport à la population générale.
- ii. **Le secteur minier** : en tant qu'établissement qui extrait des minéraux solides d'origine naturelle, comme le charbon et les minerais, des minéraux liquides, comme le pétrole brut, et des gaz, comme le gaz naturel. Il s'agit notamment des établissements qui exploitent des mines, des carrières ou des puits de pétrole et de gaz pour leur propre compte ou pour le compte d'autrui sur la base d'un contrat ou d'une rémunération, ainsi que des activités de soutien à l'exploitation minière qui comprennent les établissements qui fournissent des services d'exploration et/ou d'autres services miniers sur la base d'un contrat ou d'une rémunération.

⁷ Code de conduite de la SADC sur la tuberculose dans le secteur minier

⁸ la Charte des droits sociaux fondamentaux de la SADC, le Cadre de la SADC sur la population mobile et les maladies transmissibles, les objectifs du Millénaire pour le développement, la résolution 61.17 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé des migrants - (2008), les conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) : Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (n° 155) ; Convention sur la sécurité et la santé dans les mines, 1995 (n° 176), et la Recommandation 200 de l'OIT de 2010.

- iii. **La communauté minière** : comme une ville minière ou un camp créé autour d'une mine pour loger les mineurs et leurs familles ; existant directement à l'établissement ou dans la zone immédiate de la mine, et la population dépend économiquement de la mine. La communauté minière demeure même après la cessation de toutes les activités minières. D'autres définitions clés sont :
- iv. **La silicose** est un groupe d'affections pulmonaires appelées pneumoconioses, caractérisées par la formation de grumeaux (nodules) et de changements fibrotiques lentement progressifs dans les tissus des poumons, entraînant une altération progressive de la fonction pulmonaire. Elle résulte d'une exposition professionnelle à des particules inhalables de poussière de silice, provenant principalement de l'extraction et du broyage de minéraux siliceux tels que le charbon, le quartz et l'ardoise, sur une période de plusieurs années.
- v. **Un travailleur minier** est toute personne qui travaille dans une mine, quel que soit son statut d'immigration ou d'emploi (temps plein/temps partiel, contrat, sous-contrat ou occasionnel) ; et
- vi. **Un ex-mineur** est une personne qui a déjà travaillé dans une mine, quel que soit son contrat ou son statut d'immigration.

2.1.2 Principes fondamentaux

Les principes suivants s'appliquent à la mise en œuvre des dispositions de la Déclaration :

- i. le principe de la **géométrie variable** selon lequel un groupe d'États membres peut aller plus vite dans la mise en œuvre de certaines activités, et les expériences acquises sont reproduites dans d'autres États membres ;
- ii. le principe de **subsidiarité** selon lequel tous les programmes et activités doivent être entrepris aux niveaux où ils sont le mieux gérés, ce qui implique de promouvoir et d'encourager le recours à des institutions, autorités ou agences extérieures aux structures de la SADC pour lancer et mettre en œuvre des programmes régionaux en utilisant leurs propres ressources, en veillant à ce que les capacités disponibles au Secrétariat se concentrent sur l'élaboration, l'harmonisation, la coordination et la gestion des politiques
- iii. le principe de **non-discrimination** où le travail doit être effectué dans l'esprit du travail décent et du respect des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles,

- ce qui signifie qu'il ne doit pas y avoir de discrimination à l'encontre des travailleurs sur la base de leur état de santé réel ou perçu.
- iv. le principe de **confidentialité**, lorsque la fourniture ou l'accès à des données personnelles relatives à l'état de santé d'un travailleur est soumis aux règles de confidentialité conformes au Recueil de directives pratiques de l'OIT sur la protection des données personnelles des travailleurs, 1997.
 - v. le principe de **l'accès équitable**, selon lequel la distribution des ressources sera équitable, en particulier pour les personnes les plus démunies, et la promotion des droits des personnes à accéder aux ressources et aux services essentiels pour satisfaire leurs besoins fondamentaux et améliorer leur qualité de vie
 - vi. le principe de **l'équité entre les sexes et de l'inclusion**, qui prévoit le respect des dimensions sexo-spécifiques de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, afin de garantir une distribution équitable des ressources qui identifie les similitudes et les différences dans les besoins des hommes et des femmes sur le lieu de travail.
 - vii. le principe du **tripartisme** (et du **tripartisme plus**), selon lequel il doit y avoir consultation, négociation, coopération et confiance entre les trois partenaires sociaux d'une économie, à savoir le gouvernement, les syndicats et le patronat, d'une part, et exigeant que les trois partenaires sociaux travaillent avec la société civile à la mise en œuvre du code, d'autre part
 - viii. le principe du **respect des droits de l'homme**, qui exige que le respect des droits de l'homme, y compris les droits des patients, les droits à la confidentialité, à la dignité et à la non-discrimination, soit observé dans la mise en œuvre du code.

2.2 Évoquer les contextes mondiaux et régionaux dans la mise en œuvre de la Déclaration

2.2.1 Engagements mondiaux

La lutte contre la tuberculose et le VIH dans l'ère post OMD est ancrée dans l'esprit des objectifs de développement durable et de la stratégie "Mettre fin à la TB' (End TB)". Ainsi, la mise en œuvre de la Déclaration sera liée à ces engagements et orientations mondiaux auxquels les États membres de la SADC sont parties.

I Les objectifs de développement durable et la stratégie Mettre fin à la TB' (End TB)

La tuberculose fait partie des maladies dont l'élimination est prévue d'ici à 2030 selon l'objectif 3 des objectifs de développement durable⁹. L'objectif comprend deux cibles essentielles pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose :

- a) Réaliser la couverture sanitaire universelle (CSU)¹⁰, et
- b) mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose (TB) d'ici 2030¹¹.

Plus tôt en mai 2014, la 67^e session de l'Assemblée mondiale de la santé¹² a adopté la stratégie "Mettre fin à la TB' (End TB)" dont l'objectif est de mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose d'ici 2035. Au niveau régional, la soixante-sixième session du Comité régional pour l'Afrique a adopté un cadre pour la mise en œuvre de la stratégie "Mettre fin à la TB' (End TB)" dans la région africaine¹³ en exhortant les États membres à étendre le diagnostic et le traitement de la tuberculose en vue de parvenir à un système de santé universel et de mettre fin à l'épidémie de tuberculose.

En outre, les principaux dirigeants politiques de la région de la SADC étaient partis prenantes de la "première conférence ministérielle mondiale sur l'élimination de la tuberculose à l'ère du développement durable" à Moscou en novembre 2017, visant à accélérer la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose. À l'issue de la conférence, une " Déclaration de Moscou " qui a éclairé la toute première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies (AGNU) sur la tuberculose, tenue en septembre 2018 à New York, a été adoptée. Ainsi, tout en poursuivant les stipulations de la Déclaration, mettre fin à l'épidémie de tuberculose dans son ensemble doit être la priorité absolue de tous les États membres de la SADC¹⁴.

II Objectifs mondiaux pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose

En 2017, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré un cadre pour le suivi des indicateurs des objectifs de développement durable (ODD) de l'Organisation des Nations unies (ONU) et de la stratégie "Mettre fin à la TB' (End TB)" (tableau 4) qui sont fortement associés aux impacts sur l'incidence et la mortalité de la tuberculose (TB). Le cadre de suivi TB-ODD

1 ⁹ Résolution A/RES/70/1. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale, 25 septembre 2015.

¹⁰ Objectif 3, Cible 3.8

¹¹ Objectif 3, Cible 3.3

¹² Résolution WHA67.1. Stratégie et objectifs mondiaux pour la prévention, les soins et la lutte contre la tuberculose après 2015. Dans Résolutions et décisions de la soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 19-24 mai 2014. Document WHA67.1/2014/REC/1.

¹³ Résolution AFR/RC66/R10, Cadre pour la mise en œuvre de la "Stratégie Halte à la tuberculose" dans la région africaine. Dans : Résolutions de la 66^e session du Comité régional, Addis-Abeba, Éthiopie, 19-23 août 2016, document AFR/RC66/10, 10 pages.

comprend quatorze indicateurs relevant de sept ODD. Pour l'ODD 3, auquel la tuberculose appartient, le cadre comprend des indicateurs de base (tableau 3), à savoir l'incidence de la tuberculose, la mortalité due à la tuberculose et la proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages sont élevées par rapport aux dépenses ou aux revenus totaux des ménages (dépenses catastrophiques). Le tableau 4 présente la liste complète des principaux indicateurs de la stratégie 'Mettre fin à la TB' (End TB) à surveiller. De même, au niveau mondial, l'ONU a mis en place un système de suivi des indicateurs des ODD, et les pays doivent communiquer leurs données sur une base annuelle par l'intermédiaire des agences appropriées de l'ONU (y compris l'OMS). Le tableau 5 présente les piliers et les principes de la stratégie " 'Mettre fin à la TB' (End TB)".

Tableau 3 : ODD15 et les indicateurs d'impact, les cibles et les étapes de la stratégie "Mettre fin à la TB' (End TB)¹⁶

	Indicateur	Étapes clés		Cibles	
		2020	2025	ODD [2030]	Halte à la TB [2035]
1	Réduction du nombre absolu de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
2	Réduction du taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015 (%)	20%	50%	80%	90%
3	Proportion de familles souffrant de coûts catastrophiques dus à la tuberculose	0%	0%	0%	0%

OMS¹⁷ estime que pour atteindre les objectifs fixés dans la stratégie " 'Mettre fin à la TB' (End TB)", la baisse annuelle des taux d'incidence de la tuberculose dans le monde doit d'abord s'accélérer pour passer de 2 % par an en 2015 à 10 % par an en 2025. Ensuite, la proportion de personnes atteintes de tuberculose qui meurent de la maladie (le taux de létalité) doit passer de 15

¹⁵ Objectifs de développement durable [site web]. New York : Nations Unies (<https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>).

¹⁶ Stratégie et objectifs mondiaux pour la prévention, les soins et la lutte contre la tuberculose après 2015 (Résolution WHA67.1, Point 12.1 de l'ordre du jour). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R1-fr.pdf).

¹⁷ OMS/HTM/TB/2015.19

% en 2015 à 6,5 % en 2025. Ces diminutions des décès et de l'incidence d'ici 2025, bien qu'ambitieuses, sont réalisables avec les outils existants, complétés par une couverture sanitaire universelle et une protection sociale.

Pour maintenir les progrès au-delà de 2025 et atteindre les ODD* 2030 et de l'initiative " Mettre fin à la TB' (End TB) 2035", des outils supplémentaires doivent être disponibles d'ici 2025. En particulier, un nouveau vaccin efficace avant et après exposition et un traitement plus sûr et plus efficace de l'infection tuberculeuse latente sont nécessaires pour réduire le nombre de nouveaux cas de tuberculose provenant des quelque 2 milliards de personnes infectées par M. tuberculosis dans le monde, ainsi que de meilleurs diagnostics et des traitements plus sûrs et plus faciles, notamment des régimes médicamenteux plus courts pour la tuberculose maladie. Pour que de nouveaux outils soient disponibles d'ici 2025, des investissements immédiats et considérablement accrus dans la recherche et le développement sont nécessaires. Les États membres de la SADC doivent s'efforcer d'atteindre ces niveaux de performance pour être en mesure de mettre fin à la double épidémie.

Table 4 : Les indicateurs clés de la stratégie 'Mettre fin à la TB' (End TB)¹⁸

	Indicateur	Niveau d'objectif recommandé	Principale raison de l'inclusion
1	Couverture du traitement de la tuberculose <i>Nombre de nouveaux cas et de cas de rechute qui ont été notifiés et traités, divisé par le nombre estimé de cas de tuberculose incidents la même année, exprimé en pourcentage.</i>	≥90%	Une couverture élevée du traitement approprié est fondamentale pour atteindre les étapes et les objectifs de la stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)". Ensemble, ce sont des indicateurs de suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU).
2	Taux de réussite du traitement de la tuberculose	≥90%	

¹⁸ La stratégie Mettre fin à la TB' (End TB), 2015

	<p><i>Pourcentage de patients tuberculeux notifiés qui ont été traités avec succès. L'objectif concerne à la fois la tuberculose sensible aux médicaments et la tuberculose résistante aux médicaments, bien que les résultats doivent également être rapportés séparément.</i></p>		
3 19	<p>Pourcentage de ménages affectés par la tuberculose qui subissent des coûts catastrophiques à cause de la tuberculose.</p> <p><i>Nombre de personnes traitées pour la tuberculose (et leurs ménages) qui subissent des coûts catastrophiques (directs et indirects combinés), divisé par le nombre total de personnes traitées pour la tuberculose.</i></p>	0%	Un marqueur clé de la protection contre les risques financiers et de la protection sociale pour les ménages touchés par la tuberculose.
4	<p>Pourcentage de patients nouvellement déclarés tuberculeux testés à l'aide des tests rapides recommandés par l'OMS</p> <p><i>Nombre de patients nouvellement déclarés atteints de tuberculose et diagnostiqués à l'aide des tests rapides recommandés par l'OMS, divisé par le nombre total de patients nouvellement déclarés atteints de tuberculose.</i></p>	≥90%	Les tests moléculaires sont plus sensibles et spécifiques que la microscopie.
5	<p>Couverture du TSM chez les nouveaux patients tuberculeux</p>	100%	Les tests de sensibilité aux médicaments sont essentiels pour

¹⁹ L'un des trois indicateurs de haut niveau de la stratégie " Mettre fin à la TB' (End TB)", un marqueur clé de la protection contre les risques financiers et de la protection sociale des ménages touchés par la tuberculose.

	<p><i>Nombre de nouveaux patients tuberculeux avec des résultats de DST divisé par le nombre de nouveaux cas notifiés la même année, exprimé en pourcentage. La couverture des DST comprend les résultats des DST moléculaires (par exemple, Xpert MTB/RIF) ainsi que les résultats des DST phénotypiques classiques.</i></p>		<p>fournir le bon traitement à chaque personne chez qui une tuberculose a été diagnostiquée. Ceci est conforme à l'appel mondial en faveur d'un TSM universel.</p>
6	<p>Couverture de TSM chez les patients tuberculeux précédemment traités <i>Nombre de patients tuberculeux précédemment traités ayant obtenu des résultats DU TSM divisé par le nombre de cas de tuberculose notifiés précédemment traités au cours de la même année, exprimé en pourcentage. La couverture des TSM comprend les résultats des TSM moléculaires (par exemple Xpert MTB/RIF) ainsi que les résultats des TSM phénotypiques classiques.</i></p>	100%	<p>La couverture par les TSM des cas de tuberculose déjà traités est essentielle pour déterminer les régimes de traitement de deuxième ligne appropriés.</p>
7	<p>Documentation du statut VIH chez les patients tuberculeux <i>Nombre de nouveaux patients tuberculeux et de patients en rechute dont le statut VIH est documenté, divisé par le nombre de nouveaux patients tuberculeux et de patients en rechute notifiés la même année, exprimé en pourcentage.</i></p>	100%	<p>L'un des principaux indicateurs mondiaux utilisés pour suivre les activités de collaboration TB/VIH. La documentation du statut VIH est essentielle pour fournir les meilleurs soins aux patients tuberculeux séropositifs, y compris le traitement antirétroviral.</p>
8	<p>Taux de létalité (TdL)</p>	≤5%	<p>Il s'agit d'un indicateur clé pour le suivi des progrès vers les étapes de</p>

<p><i>Nombre de décès dus à la tuberculose (provenant d'un système national de VR) divisé par le nombre estimé de cas incidents au cours des mêmes années, exprimé en pourcentage.</i></p>		<p>2020 et 2025. Un TdL de 6 % est nécessaire pour atteindre l'objectif mondial de réduction des décès et des cas de tuberculose en 2025.</p>
--	--	---

III Piliers et composantes de la stratégie 'Mettre fin à la TB' (End TB)

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie "Mettre fin à la TB' (End TB)", l'OMS a prévu une triade de piliers et d'interventions associées que tous les États membres doivent mettre en œuvre, à savoir :

A Soins et prévention intégrés et centrés sur le patient

Cela comprend les interventions suivantes :

- Diagnostic précoce de la tuberculose, y compris les tests universels de sensibilité aux médicaments, et dépistage systématique des contacts et des groupes à haut risque.
- Traitement de toutes les personnes atteintes de tuberculose, y compris la tuberculose résistante aux médicaments, et soutien aux patients.
- Activités de collaboration entre la tuberculose et le VIH, et gestion des comorbidités.
- Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose.

B Des politiques audacieuses et des systèmes de soutien

Cela comprend les interventions suivantes :

- Garantir un engagement politique avec des ressources adéquates pour les soins et la prévention de la tuberculose.
- Engagement des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés.
- Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, l'enregistrement de l'état civil, la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments, et la lutte contre les infections.

- Protection sociale, lutte contre la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose.

C Intensification de la recherche et de l'innovation

Cela comprend les interventions suivantes :

- Découverte, développement et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies.
- Recherche visant à optimiser la mise en œuvre et l'impact, et à promouvoir les innovations.

2.3 Évoquer d'autres engagements continentaux et régionaux en matière de lutte contre la TB et le VIH

Avant la conférence de Moscou, les ministres de la santé de la région de la SADC, seuls, ainsi qu'en tant que membres de l'Union africaine, ont élaboré un certain nombre d'engagements régionaux et continentaux qui doivent être pris en compte dans la mise en œuvre de la déclaration.

Ces engagements sont les suivants :

- i. La position africaine commune sur la tuberculose (PAC-TB)²⁰
- ii. Le cadre catalytique des dirigeants africains de 2016 pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030²¹.

²⁰ Le CAP-TB s'engage à : Ω Leadership, appropriation par le pays, gouvernance et responsabilité : Intensifier et catalyser la réponse à la tuberculose en travaillant avec les dirigeants africains en tant que champions qui comprennent, les chefs d'État et de gouvernement, les parlementaires, les chefs traditionnels, afin d'impulser une action multisectorielle pour les soins et la prévention de la tuberculose et de s'attaquer aux déterminants de la tuberculose ; Intensifier les partenariats intersectoriels entre les ministères, les acteurs communautaires et les parlements pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et la protection sociale ; renforcer la supervision et la responsabilité, et améliorer encore le suivi, l'évaluation et les rapports des programmes de lutte contre la tuberculose ; Déclarer la tuberculose résistante aux médicaments comme une menace pour la sécurité sanitaire mondiale.

Ω Accès universel et équitable à la prévention, au diagnostic, au traitement, aux soins et au soutien : Renforcer les programmes de lutte contre la tuberculose pour que 90 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement et un soutien social sans s'exposer à des coûts catastrophiques ; déclarer la tuberculose multirésistante comme une urgence mondiale et une menace pour la sécurité sanitaire afin qu'elle puisse être traitée correctement dans les pays les plus touchés ; Mettre en place un comité de crise multidisciplinaire, comprenant l'OMS et d'autres partenaires, pour répondre de manière urgente à la tuberculose MR en tant que menace pour la santé publique nationale ; promouvoir la mise en œuvre efficace d'interventions antituberculeuses centrées sur le patient et ciblant spécifiquement les groupes à haut risque et les populations vulnérables comme les travailleurs de la santé, les migrants, les personnes déplacées à l'intérieur du pays, les réfugiés, les prisonniers, les consommateurs de drogues injectables, les enfants et les adolescents ; Fournir des services de lutte contre la tuberculose aux personnes se trouvant dans des environnements surpeuplés, à haut risque, y compris les prisons et les zones touchées par les conflits et les urgences humanitaires, afin de garantir que personne ne soit laissé pour compte ; soutenir le développement de systèmes communautaires pour étendre la prestation de services de santé dans les zones particulièrement difficiles à atteindre ; identifier les opportunités, les goulets d'étranglement et les actions clés nécessaires pour aborder l'intégration, les politiques et les stratégies de lutte contre la tuberculose et le VIH, afin de permettre aux pays d'atteindre les objectifs convenus en matière de VIH et de tuberculose.

Ω Recherche et innovation : Les gouvernements doivent renforcer la collaboration avec les universités et les instituts de recherche afin d'améliorer l'innovation et les politiques et programmes fondés sur des données probantes ; les pays africains doivent accroître les investissements dans la recherche et l'innovation afin de produire des solutions durables pour la santé et le développement de l'Afrique et de renforcer les mesures préventives et curatives pour enrayer la propagation de la tuberculose ;

Ω Financement de la santé : Augmenter le financement national de la santé ; mener des réformes politiques afin d'éliminer les coûts catastrophiques pour les patients et leurs familles, y compris par la fourniture d'une protection sociale et d'un soutien psychosocial ; développer l'assurance maladie sociale en tant que mécanisme de financement pour élargir la protection sociale liée à la santé, en particulier pour les sections vulnérables de la communauté.

²¹ Catalytic Framework to End AIDS, TB and Eliminate Malaria in Africa by 2030. Stride towards sustainable health in Africa

- iii. La feuille de route 2012 de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la réponse au sida, à la tuberculose et au paludisme, et
- iv. La position commune de l'Afrique sur le programme de développement post-2015 qui, entre autres programmes de développement et de santé, demande aux États membres de l'Union africaine, y compris ceux de la SADC, de prendre des mesures concertées pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose.

2.4 La lutte contre la tuberculose à l'ère de la pandémie de COVID-19

Après la première réunion de haut niveau des Nations unies sur la tuberculose en 2018 et un rapport du Secrétaire général des Nations unies sur la tuberculose en 2020²³, un examen des progrès réalisés à la fin de 2022 aura lieu lors de l'Assemblée générale des Nations unies en 2023. Entre-temps, les derniers rapports mondiaux sur la tuberculose montrent que les progrès accomplis vers les étapes et les objectifs de la tuberculose ont été durement touchés par la pandémie de COVID-19. À titre d'exemple, en 2020 :

- le nombre de personnes mourant de la tuberculose a augmenté
- les baisses précédentes du nombre annuel de personnes tombant malades de la tuberculose ont ralenti,
- beaucoup moins de personnes ont été diagnostiquées et traitées pour la tuberculose ou ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose par rapport à 2019, et
- les dépenses consacrées aux services essentiels de lutte contre la tuberculose ont diminué.

La tuberculose est la deuxième cause de décès due à un agent infectieux unique, après le COVID-19²⁴. Les projections de modélisation suggèrent que l'impact des perturbations causées par la pandémie sur le nombre de personnes développant la tuberculose et mourant de cette maladie pourrait être bien pire en 2021 et 2022. Il est donc nécessaire de prendre des mesures pour atténuer et inverser l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la tuberculose. L'une des priorités immédiates est de rétablir l'accès aux services essentiels de lutte contre la tuberculose et la

²² Impact de la pandémie de COVID-19 sur la détection de la tuberculose et la mortalité en 2020. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-andmortality-in-2020>).

²³Rapport du Secrétaire général. Progrès vers la réalisation des objectifs mondiaux en matière de tuberculose et mise en œuvre de la déclaration politique des Nations Unies sur la tuberculose. Soixante-quinzième session. Point 132 de l'ordre du jour. Santé mondiale et politique étrangère. Nations Unies ; 2020 (<https://undocs.org/en/A/75/236>).

²⁴ Rapport mondial sur la tuberculose 2021

fourniture de ces services²⁵ de telle sorte que les niveaux de détection des cas de tuberculose et de traitement puissent retrouver au moins les niveaux de 2019. Dans ces contextes, l'OMS conseille :

- en tirant parti de l'expertise et de l'expérience des PNT, notamment en matière de dépistage rapide et de recherche des contacts, pour la riposte au COVID-19 ;
- maximiser les soins et le soutien à distance pour les personnes atteintes de tuberculose en développant l'utilisation des technologies numériques ;
- réduire au minimum le nombre de visites aux services de santé qui sont nécessaires pendant le traitement, notamment en utilisant les régimes de traitement de la tuberculose recommandés par l'OMS, entièrement oraux, et les soins communautaires ;
- limiter la transmission de la tuberculose et du COVID-19 dans les lieux de rassemblement et les établissements de santé en assurant la prévention et le contrôle de base des infections pour le personnel de santé et les patients, l'étiquette de la toux et le triage des patients ;
- soutenir la fourniture d'un traitement préventif contre la tuberculose en créant des synergies avec les efforts de recherche des contacts liés au COVID-19 ;
- fournir des tests simultanés de dépistage de la tuberculose et du COVID-19 pour les individus lorsque cela est indiqué, notamment en tirant parti des réseaux et des plateformes de laboratoires de tuberculose ; et
- assurer une planification et une budgétisation proactives pour les deux pathologies (y compris pour la phase de rattrapage), l'achat de fournitures et la gestion des risques.
- le maintien des services de santé essentiels et le rôle des soins de proximité pendant la pandémie de COVID-19

2.5 Implications des engagements mondiaux et régionaux pour la mise en œuvre de la SADC Déclaration

Outre la mise en œuvre de la Déclaration sur la tuberculose dans le secteur minier, les États membres de la SADC sont tenus de prendre en compte toutes les autres résolutions et engagements mondiaux et régionaux actifs, de concert avec le reste du continent africain. Les approches à adopter devront être conformes aux éléments, aux cibles et aux étapes de l'ODD et de la stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)".

²⁵ Maintien des services de santé essentiels : directives opérationnelles pour le contexte COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-healthservices-2020.1>).

En termes pratiques, les États membres de la SADC devront élargir l'accès aux soins centrés sur le patient par le biais de l'approche de la couverture universelle ; mettre pleinement en œuvre les éléments de : la Position commune africaine sur la tuberculose ; le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030 ; la Feuille de route de l'Union africaine de 2012 sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la réponse au sida, à la tuberculose et au paludisme ; la Position commune de l'Afrique sur le programme de développement post-2015 ; augmenter le financement de la lutte contre la tuberculose ; et mettre en place un cadre de responsabilisation (annexe 1) pour surveiller et suivre les progrès accomplis vers les cibles et les étapes de la lutte contre la tuberculose et des ODD, entre autres indicateurs.

CHAPITRE 3 :

ANALYSE DE LA SITUATION : INITIATIVES REGIONALES POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LE SECTEUR MINIER

3.1 **Projet de soutien aux systèmes de santé et de lutte contre la tuberculose en Afrique australe (SATBHSS)**

La Banque mondiale a accordé 120 millions de dollars au projet de soutien aux systèmes de santé et de lutte contre la tuberculose en Afrique australe (SATBHSS), dont l'objectif global est d'améliorer la couverture et la qualité des services clés de lutte contre la tuberculose et les maladies pulmonaires professionnelles dans quatre pays cibles, à savoir le Lesotho, le Malawi, le Mozambique et la Zambie depuis décembre 2016. Ce projet s'est concentré sur des interventions couvrant trois composantes primordiales :

- (i) Prévention, détection et traitement novateurs de la tuberculose ;
- (ii) Capacité régionale de surveillance, de diagnostic et de gestion de la tuberculose et des maladies pulmonaires professionnelles ; et
- (iii) Apprentissage et innovation au niveau régional, et gestion de projets.

La Communauté de santé de l'Afrique orientale, centrale et australe (ECSA-HC) et l'Agence du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) sont les deux organisations régionales qui ont soutenu les quatre pays dans un rôle de coordination. En outre, les deux organismes régionaux ont soutenu le projet en galvanisant le soutien politique local, régional et mondial nécessaire pour s'attaquer à la tuberculose et aux autres défis des systèmes de santé auxquels la région est confrontée. La création de synergies et d'efforts complémentaires avec d'autres organismes régionaux et initiatives régionales telles que la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique) et le projet TIMS (TB in the Mines) est essentielle pour aborder les problèmes prioritaires de la région.

3.2 **L'initiative de lutte contre la tuberculose dans le secteur minier en Afrique australe (TIMS)**

L'initiative de lutte contre la tuberculose dans le secteur minier en Afrique australe est l'une des principales initiatives menées par le Centre de connaissances d'Afrique australe, un effort multipartite innovant impliquant le gouvernement et la société civile, ainsi que des partenaires du développement et du secteur privé, visant à lutter contre la tuberculose dans le secteur minier dans

la région d'Afrique australe. Coordonnée par la Banque mondiale, l'initiative multisectorielle comprend des représentants des organismes suivants :

- les ministères de la Santé, des Ressources minérales et du Travail des républiques d'Afrique du Sud, du Royaume d'Eswatini, du Royaume du Lesotho et du Mozambique ;
- des agences de développement (le ministère britannique du développement international, l'Organisation internationale pour les migrations et le partenariat Stop TB) ;
- des instituts de recherche ;
- des sociétés minières
- des associations d'anciens mineurs et des syndicats..

Dans le cadre de cette initiative, le Fonds mondial et la Banque mondiale ont uni leurs forces pour piloter des initiatives innovantes visant à réduire le taux de tuberculose dans le secteur minier dans 10 pays d'Afrique australe. ADPP Mozambique a coordonné le programme pilote régional afin de relever certains des principaux défis dans huit pays, à savoir la Zambie, le Malawi, le Botswana, le Swaziland, la Namibie, le Mozambique, le Lesotho et la République-Unie de Tanzanie.

Pour réduire l'incidence de la tuberculose dans les mines, les communautés péri-minières et les zones d'envoi de main-d'œuvre, la Banque mondiale (BM) a entrepris une série d'études et de projets couvrant trois domaines clés, à savoir,

- Soutien à l'amélioration des bases analytiques pour la mise en œuvre d'interventions efficaces contre la tuberculose : Cette initiative répondait aux demandes des ministres de la santé, des minéraux et des sociétés minières du Lesotho, du Mozambique, de l'Afrique du Sud et du Swaziland. L'un des principaux résultats de l'initiative a été la réalisation d'une activité économique et analytique qui a contribué à traiter les causes et les défis de l'épidémie de tuberculose chez les mineurs, les anciens mineurs et les communautés minières.
- Harmonisation des protocoles de traitement et du financement pour relever le défi : a impliqué la signature d'un accord au niveau politique en 2014 pour commencer le processus d'harmonisation des protocoles de traitement de la tuberculose au-delà des frontières. Le cadre pour la gestion harmonisée de la tuberculose dans le secteur minier est utilisé dans les pays cibles.

- Innovation et collaboration : La BM a mobilisé de nouvelles ressources et de nouvelles parties prenantes, notamment les gouvernements nationaux, les partenaires de développement (le partenariat Stop TB, le DFID, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, etc.), le secteur privé, la société civile, les instituts de recherche et les associations d'anciens mineurs pour s'attaquer aux moteurs de la tuberculose chez les travailleurs des mines : conditions de vie, facteurs liés au mode de vie, statut à haut risque et accès limité. Cette initiative a joué un rôle de catalyseur en mobilisant des ressources supplémentaires du Fonds mondial (30 millions de dollars sur deux ans) pour étendre des interventions efficaces dans 10 pays de la région SADC par le biais du projet TB dans les mines.

3.3 État d'avancement des principaux résultats de la déclaration en octobre 2022

3.3.1 Niveau régional [Secrétariat de la SADC]

Les principaux résultats attendus au niveau régional sont les suivants :

- i. Cadres régionaux pour la coordination des maladies transmissibles et des questions de santé et de sécurité au travail dans le secteur minier,
- ii. Définition des rôles des différentes parties prenantes conformément aux principes du Tripartite et du Tripartite Plus ;
- iii. Commissions ministérielles régionales chargées de superviser la mise en œuvre des cadres régionaux et nationaux ;
- iv. Des politiques et des directives régionales harmonisées en matière de traitement de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles ;
- v. Des normes minimales régionales et des ensembles d'interventions pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles ;
- vi. Un système régional normalisé d'enregistrement et de déclaration de la tuberculose, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles, et
- vii. Des indicateurs régionaux normalisés pour surveiller la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles.

L'état d'avancement des principaux résultats attendus à la fin du mois d'octobre 2022 est résumé dans le tableau 3.1 ci-dessous.

Tableau 3.1 : État d'avancement des principaux résultats régionaux à la fin du mois d'octobre 2022

	Produit fini envisagé	Entière ment atteint	Partiell ement atteint	Pas atteint	Des commentaires :
1	Cadres régionaux pour la coordination des maladies transmissibles et des questions de santé et de sécurité au travail dans le secteur minier.				Non existant
2	Définition des rôles des différentes parties prenantes conformément aux principes du Tripartite et du Tripartite Plus.	✓			Entièrement développé dans le cadre du code de conduite de la déclaration.
3	Les commissions ministérielles régionales qui supervisent la mise en œuvre des cadres régionaux et nationaux.	✓			Il existe un Conseil des ministres qui supervise la mise en œuvre de divers cadres régionaux liés à la santé.
4	Politiques et directives régionales harmonisées en matière de traitement de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.		✓		Une version des politiques et directives régionales harmonisées en matière de traitement de la tuberculose et du VIH a été rédigée avec le soutien de la Banque mondiale, mais n'a pas été approuvée ni mise en œuvre par les États membres.
5	Normes minimales et paquets régionaux pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de	✓			Les normes minimales de la SADC pour la gestion de la tuberculose et du

	la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.				VIH/SIDA existent mais doivent être mises à jour.
6	Système régional normalisé d'enregistrement et de rapport (S & E) pour la tuberculose, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles.			✓	Non existant
7	Indicateurs régionaux normalisés pour surveiller la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.			✓	Non existant
8	Cadre régional de S&E pour les niveaux de poussière de silice dans les mines.			✓	Non existant

3.3.2 Au niveau des États membres

Les principaux résultats attendus au niveau des États membres sont les suivants :

- i. Existence d'un plan stratégique national qui intègre la lutte contre la tuberculose dans le secteur minier.
- ii. Existence d'un groupe de travail national sur les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles.
- iii. Existence d'un bureau national indépendant pour la résolution des problèmes de santé dans le secteur minier.
- iv. Politique de classification de la tuberculose et de la silicose acquises dans les mines comme maladies professionnelles.
- v. Existence d'une législation sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles.
- vi. Législation pour soutenir l'indemnisation des travailleurs et anciens travailleurs des mines qui contractent une maladie professionnelle.

- vii. Existence de normes minimales et d'ensembles d'interventions pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
- viii. Limites nationales d'exposition cumulée à la poussière de silice et limites d'exposition professionnelle à la silice conformes aux meilleures pratiques et références internationales.
- ix. Existence de programmes intégrés de bien-être pour la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles, accessibles à tous les mineurs et anciens mineurs.
- x. Preuve de la conduite de recherches opérationnelles sur la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
- xi. Cadre national de Suivi et évaluation pour les niveaux de poussière de silice dans les mines
- xii. Preuve de l'existence de postes de financement du gouvernement ou des partenaires pour les interventions programmatiques concernant la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, et
- xiii. Preuve de l'existence d'un poste de financement du gouvernement ou d'un partenaire pour les obligations de compensation.

L'état d'avancement des principaux résultats attendus à la fin du mois d'octobre 2022 est résumé dans le tableau 3.2 ci-dessous.

Tableau 3.2 : État d'avancement des principaux résultats attendus au niveau des États membres à la fin du mois d'octobre 2022

	Produit fini envisagé	Entièrement atteint	Partiellement atteint	Pas atteint	Des commentaires
1	Existence d'un plan stratégique national intégrant la tuberculose dans le secteur minier	✓			Les plans stratégiques nationaux sont généralement conformes à la stratégie "Mettre fin à la tuberculose (End TB)", qui prévoit des actions en faveur des populations clés.
2	Existence d'un groupe de travail national sur les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles.		✓		Des groupes de travail techniques spécifiques aux maladies existent dans la plupart des pays, mais pas de groupes de travail conjoints pour toutes les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles. Dans certains cas, les maladies transmissibles et les questions de santé et de sécurité au travail relèvent de ministères distincts.
3	Existence d'un bureau national indépendant pour la résolution des problèmes de	✓			Lorsqu'une activité minière existe, les ministères de tutelle responsables des activités minières assument la responsabilité des questions impliquant le

	santé dans le secteur minier.				secteur minier. Mais dans certains cas, les aspects sont partagés entre les ministères
4	Classification de la tuberculose et de la silicose acquises dans les mines comme maladies professionnelles		✓		La plupart des États membres ne classent pas la tuberculose et la silicose acquises dans les mines comme des maladies professionnelles.
5	Existence d'une législation sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.		✓		La plupart des États membres disposent de systèmes de déclaration systématique de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le cadre du système général d'information sur la santé, mais n'ont pas de législation sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
6	Législation visant à soutenir l'indemnisation		✓		La législation visant à soutenir l'indemnisation des travailleurs et anciens

	des travailleurs et anciens travailleurs des mines qui contractent une maladie professionnelle				travailleurs des mines qui contractent une maladie professionnelle n'est pas une pratique courante, sauf dans les États membres où l'activité minière est importante et où les syndicats de travailleurs des mines sont actifs.
7	Existence de normes minimales et de paquets pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.		✓		Il existe des normes et des ensembles de mesures minimales, principalement pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la tuberculose et du VIH, mais surtout des directives de traitement pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles.
8	Limites nationales pour l'exposition cumulée à la poussière de silice ; et Limites d'exposition				Les limites nationales d'exposition cumulée à la poussière de silice et les limites d'exposition professionnelle à la silice (OEL) conformes aux meilleures pratiques et

	professionnelle (LEP) à la silice conformes aux meilleures pratiques et aux critères internationaux.				références internationales n'existent pas dans la majorité des pays ni au niveau régional.
9	Existence de programmes intégrés de bien-être pour la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, accessibles à tous les mineurs et ex-mineurs.		✓		Existents dans les grandes sociétés minières dans le cadre des services de santé du personnel, mais moins en tant que programmes intégrés de bien-être accessibles à tous les mineurs et anciens mineurs.
10	Preuve de la conduite de recherches opérationnelles sur la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.		✓		Preuve de l'incidence des résultats de la recherche opérationnelle menée par les programmes nationaux ou en collaboration avec des institutions de recherche et universitaires. Mais ceci est limité à quelques pays ayant une activité minière importante.
11	Cadre national de S&E pour les			✓	Aucune preuve de son existence

	niveaux de poussière de silice dans les mines ;				
12	Preuve de l'existence de postes de financement du gouvernement ou de partenaires pour des interventions programmatiques contre la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.				Les services de santé financés par le gouvernement et les partenaires collaborateurs existent dans tous les États membres dans le cadre de la responsabilité gouvernementale en matière de santé de la population.
13	Preuve d'un poste de financement du gouvernement ou du partenaire pour les obligations de compensation.		✓		Existe seulement dans quelques grands États membres miniers, en particulier la République d'Afrique du Sud, qui a étendu la couverture aux anciens travailleurs miniers éligibles dans les États membres fournisseurs de main-d'œuvre de la région, comme dans le cadre de l'arrangement du Bureau

					africain de l'emploi (TEBA).
--	--	--	--	--	---------------------------------

CHAPITRE 4 :

LE PLAN OPERATIONNEL

4.1 Orientation stratégique

Ce plan opérationnel prend en compte les résultats envisagés spécifiés dans la Déclaration, ainsi que les interventions stratégiques clés et les actions prioritaires. Plus précisément, il se concentre sur les six interventions stratégiques prioritaires suivantes :

- 4.1.1 Renforcer la responsabilisation, la coordination et la collaboration pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier aux niveaux national et régional.
- 4.1.2 Promouvoir un environnement politique et législatif favorable à la lutte contre la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.
- 4.1.3 Renforcer les interventions programmatiques pour la lutte contre la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.
- 4.1.4 Renforcement des systèmes de surveillance de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier :
- 4.1.5 Renforcer le suivi et l'évaluation des programmes (S&E), et
- 4.1.6 Renforcer le financement des interventions contre la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.

4.2 Le plan de travail

Chacun des objectifs stratégiques de ce plan est précédé d'un préambule qui souligne les points saillants et les justifications des actions proposées. Le préambule de la plupart des objectifs stratégiques s'applique aussi bien au niveau régional qu'au niveau des États membres. Par conséquent, il sera présenté une fois au niveau régional et appliqué directement au niveau des États membres, sauf si les éléments du préambule diffèrent en raison des particularités du niveau opérationnel.

4.2.1 Niveau régional

4.2.1.1: OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : Renforcer la responsabilité, la coordination et la collaboration pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier au niveau régional.

Préambule

Le Secrétariat de la SADC a fait des progrès considérables dans l'établissement et la coordination des engagements de la région en matière de lutte contre la tuberculose, le VIH et le SIDA, notamment en adoptant la résolution sur la tuberculose dans le secteur minier et d'autres résolutions et engagements pertinents, seul et en collaboration avec d'autres États membres de l'UA et de l'ONU. Et dans le code de conduite de la déclaration sur la tuberculose dans le secteur minier, la SADC a démontré son engagement à rallier les États membres de la région pour éliminer la tuberculose et améliorer les pratiques et les normes environnementales, sanitaires et de sécurité dans le secteur minier, conformément aux dispositions d'autres protocoles régionaux et internationaux²⁶.

Points forts et opportunités

- Existence d'une Déclaration régionale sur la tuberculose dans le secteur minier
- Existence d'un code de conduite pour la mise en œuvre de la déclaration.
- Capacité avérée à coordonner un certain nombre d'initiatives multi-comtés de lutte contre la tuberculose et le VIH, notamment le projet de soutien aux systèmes de santé et de lutte contre la tuberculose en Afrique australe, et le projet de lutte contre la tuberculose dans les mines, soutenu par la Banque mondiale, qui vise à renforcer la réponse du secteur de la santé à la tuberculose et aux maladies pulmonaires professionnelles.
- Volonté et collaboration des partenaires donateurs.

Faiblesses et lacunes

- Absence d'un plan régional pour rendre opérationnelle la Déclaration sur la tuberculose dans le secteur minier.

²⁶ la Charte des droits sociaux fondamentaux de la SADC, le Cadre de la SADC sur la population mobile et les maladies transmissibles, les objectifs du Millénaire pour le développement, la résolution 61.17 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé des migrants - (2008), les conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) : Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (n° 155) ; Convention sur la sécurité et la santé dans les mines, 1995 (n° 176), et la Recommandation 200 de l'OIT de 2010.

- Absence d'un cadre régional pour la coordination des maladies transmissibles et des questions de santé et de sécurité au travail en général, et dans le secteur minier en particulier.

Actions clés recommandées

- Élaborer un plan opérationnel régional pour la mise en œuvre de la déclaration sur la tuberculose dans le secteur minier.
- Élaborer un cadre régional pour la coordination des maladies transmissibles et des maladies professionnelles.

4.2.1.2: OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : Promouvoir un environnement politique et législatif favorable à la tuberculose, au VIH, à la silicose et aux autres maladies respiratoires professionnelles pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier de la région SADC.

Préambule

Les politiques et législations habilitantes sont des outils d'autonomisation pour la mise en œuvre car elles simplifient la prise de décision, entre autres avantages. Elles fournissent des procédures opérationnelles standardisées ; elles favorisent l'uniformité dans la gestion d'activités similaires entre les acteurs ; et elles normalisent les réponses et réduisent l'incertitude dans la prise de décision au jour le jour. Les politiques établissent un modèle cohérent d'actions managériales et réduisent la résistance aux stratégies organisationnelles.

Points forts et opportunités

- Priorité de l'élaboration de documents de politique régionale et de lignes directrices
- Existence d'autres documents et directives politiques et législatifs régionaux
- Existence de partenaires de collaboration dotés d'une solide capacité à élaborer/réviser des documents de politique et des lignes directrices.

Faiblesses et lacunes

- Lignes directrices régionales obsolètes en matière de gestion de la tuberculose, du VIH et d'autres maladies professionnelles respiratoires.
- Absence de lignes directrices régionales concernant l'exposition cumulée à la poussière de silice et les limites d'exposition professionnelle à la silice (EPS)

Actions clés recommandées

- 1) Développer des politiques et des directives régionales harmonisées de gestion de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies professionnelles respiratoires.
- 2) Développer des directives régionales pour l'exposition cumulative à la poussière de silice et les limites d'exposition professionnelle à la silice (EPS)

4.2.1.3: OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : Renforcer les interventions programmatiques pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.

Préambule

Le renforcement des interventions à fort impact sur la tuberculose et le VIH/sida est essentiel pour mettre fin à ces deux épidémies. Cela implique d'accroître l'accès à un diagnostic précis et opportun, et de fournir des normes minimales de traitement et de soins efficaces. Il s'agit d'accroître la couverture par des services intégrés, décentralisés et complets de haute qualité en matière de VIH/TB et de prévention, de soins et de traitement du VIH ; de renforcer les capacités des équipes et des systèmes de santé ; et de fournir un encadrement et un soutien technique aux prestataires de services et aux systèmes de santé. Il implique également des évaluations périodiques des processus, de l'administration et de l'économie dans le développement et l'application des interventions au niveau de la mise en œuvre et de l'utilité.

Points forts et opportunités

- L'existence de normes minimales de soins régionales antérieures pour la gestion de la tuberculose, du VIH et d'autres maladies transmissibles.
- L'existence de politiques mondiales et de normes minimales de soins pour la tuberculose, le VIH et le SIDA.
- L'existence de normes minimales et d'ensembles de mesures pour la prévention et la gestion de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
- L'accès aux dernières orientations politiques mondiales recommandées en matière de prévention, de traitement et de soins de la tuberculose et du VIH

Faiblesses et lacunes

- Les versions obsolètes des normes et ensembles de mesures minimaux régionaux pour le traitement de la tuberculose et du VIH.

- L'absence de normes minimales régionales et d'ensembles de mesures pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.

Actions clés recommandées

- 1) Développer / mettre à jour les normes minimales régionales et les paquets pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
- 2) Soutenir l'adaptation par les pays des normes minimales régionales et mondiales de soins et des directives de gestion.

4.2.1.4: OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 : Renforcer le système de surveillance de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.

Préambule

Des systèmes de surveillance solides et fiables seront essentiels pour une estimation solide de la charge, ainsi que pour un ciblage et un contrôle efficace des maladies transmissibles. A cet égard, il faut mesurer les indicateurs qui évaluent les processus et les résultats du système. Il s'agit notamment de la détection des cas, de l'enregistrement et de la confirmation des événements liés à la santé, de la communication, de l'analyse et de l'interprétation des données de surveillance, de la réponse aux épidémies et du retour d'information aux utilisateurs du système de surveillance et aux décideurs.

Des études épidémiologiques et comportementales fondamentales et opérationnelles permettront de trouver de meilleures approches de la prévention, du traitement et des soins de la tuberculose et du VIH, renforçant ainsi l'orientation et la coordination de la recherche programmatique sur la tuberculose (TB) au sein des États membres et entre eux. Les essais de contrôle de la tuberculose visant à mener des recherches pertinentes sur le plan programmatique concernant le diagnostic, la gestion clinique et les aspects préventifs de la tuberculose-infection et de la tuberculose-maladie contribueront à catalyser et à domestiquer les avancées modernes en matière de diagnostic, de traitement et de soins de la tuberculose, ce qui aura un impact considérable sur les efforts d'élimination de la tuberculose.

D'autre part, la recherche comportementale aidera à comprendre comment les comportements des patients et des prestataires de soins influent sur la recherche de soins, le diagnostic, la réussite du

traitement et la prévention de la tuberculose et du VIH, et comment d'autres influences sociales, culturelles et environnementales influent sur la recherche de soins et les résultats du traitement de la tuberculose et du VIH.

La recherche économique fournira des informations utiles sur la manière d'affecter de manière rentable des ressources rares à la lutte contre les épidémies de tuberculose, de VIH et de silicose.

Points forts et opportunités

- L'existence de rapports d'enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose et d'autres efforts d'estimation du fardeau.
- L'existence d'études épidémiologiques et économiques antérieures sur la tuberculose dans les mines
- Le soutien documenté aux études sur la prévention de la tuberculose chez les mineurs et les anciens mineurs.
- La participation de certains États membres de la SADC à des recherches d'évaluation novatrices sur la prévention et le traitement de la tuberculose.
- L'existence d'institutions de recherche collaboratrices intéressées par la recherche sur la tuberculose, le VIH et la silicose.

Faiblesses et lacunes

- L'absence de résultats d'enquêtes représentatives au niveau national sur l'ampleur de la tuberculose, du VIH et de la silicose dans certains pays.
- L'absence d'un programme de recherche régional sur la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles.
- La couverture géographique limitée des précédentes études épidémiologiques et économiques sur la tuberculose et les autres maladies professionnelles.
- L'incidence des systèmes de surveillance de la tuberculose dans les États membres de la région qui ne sont pas conformes aux normes et aux critères de référence des systèmes de surveillance internationaux.

Actions clés recommandées

- 1) Développer un programme régional de recherche et de développement sur la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles.
- 2) Soutenir la recherche régionale de base et de mise en œuvre sur les interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.

4.2.1.5 OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 : Renforcer le suivi et l'évaluation (S&E) des programmes

Préambule

Le suivi et l'évaluation feront partie intégrante de la mise en œuvre de ce plan opérationnel. Les programmes et projets régionaux et nationaux de lutte contre les maladies ont besoin de données pour la planification et la gestion des programmes et l'évaluation des progrès. Les systèmes de collecte de données et les sources de données sont nécessaires pour garantir la disponibilité des données pour le suivi de routine et l'évaluation de l'impact des efforts de contrôle des maladies.

Dans le cadre de ce plan, outre les investissements dans les sources de données et les méthodes de collecte, les pays doivent se concentrer sur la capacité à désagréger, analyser et utiliser les données pour améliorer la qualité et l'impact des programmes. Il sera nécessaire d'évaluer périodiquement la mise en œuvre des programmes et l'utilité des interventions contre la tuberculose, le VIH et la silicose, notamment par une évaluation systématique des systèmes de suivi et d'évaluation et des examens réguliers des programmes.

Points forts et opportunités

- L'existence de systèmes mondiaux de suivi et d'évaluation des progrès réalisés pour mettre fin aux épidémies de tuberculose et de VIH.
- La disponibilité d'informations sur le fardeau de la tuberculose et du VIH/SIDA au niveau national, par le biais d'enquêtes de prévalence ou de modélisation.
- Les Rapports d'examen des programmes spécifiques aux pays.

Faiblesses et lacunes

- Le manque d'informations sur la charge de morbidité de la tuberculose et du VIH dans certains pays.
- L'absence d'un système régional de suivi et d'évaluation des progrès réalisés pour mettre fin aux épidémies de tuberculose et de VIH dans la région.
- L'absence de résultats de l'évaluation des systèmes de surveillance de la tuberculose dans certains États membres de la région.

Actions clés recommandées

- Soutenir l'estimation de la charge de la tuberculose dans les pays éligibles
- Développer un cadre régional de gestion et d'évaluation pour le contrôle de la tuberculose, du VIH et de la silicose.

- Soutenir la conduite d'évaluations des systèmes de gestion et d'évaluation de la tuberculose, du VIH et de la silicose.
- Aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans de suivi et d'évaluation.

4.2.1.6: OBJECTIF STRATÉGIQUE 6 : Renforcer le financement des interventions contre la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres interventions liées aux maladies respiratoires professionnelles dans les mines

Préambule

La couverture sanitaire universelle (CSU) vise à surmonter les inégalités en s'attaquant au déficit de prestation de services et au déficit financier auxquels les populations sont confrontées. Elle exige des pays qu'ils veillent à ce que tous les individus aient un accès équitable aux services de santé de qualité dont ils ont besoin, sans courir de risque financier, tel que des dépenses de santé excessives. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la meilleure façon de financer la santé universelle, un système de santé universel qui fournit des services essentiels à tous est une priorité essentielle, quel que soit son mode de financement. Les éléments clés de cet objectif sont :

- Collecter des ressources suffisantes pour la santé,
- Supprimer les risques financiers et les obstacles à l'accès,
- Promouvoir l'efficacité et éliminer le gaspillage, et
- Lutter contre les inégalités de couverture.

Il existe un consensus dans la littérature sur le fait que la réalisation d'un système de santé universel nécessite un recours prédominant au financement obligatoire ou public des services de santé et qu'il est essentiel de garantir l'accès aux services de santé tout en protégeant les individus et les familles de niveaux potentiellement appauvrissants de dépenses personnelles. Bien que le financement privé joue un rôle dans tous les systèmes de santé, il est évident que le financement public est préférable pour le CSU²⁷, ²⁸. Les faits montrent également qu'aucun pays n'a atteint le

²⁷ Organisation mondiale de la santé. Financement des systèmes de santé : la voie vers la couverture sanitaire universelle. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Disponible sur : <http://www.who.int/whr/2010/en/>.

²⁸ Jowett, J. et Kutzin, J. Raising revenues for health in support of UHC : strategic issues for policy makers. Note de synthèse de l'OMS sur le financement de la santé n° 1. 2015. p.2. Disponible auprès de : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192280/1/WHO_HIS_HGF_PolicyBrief_15.1_eng.pdf;

niveau de santé universel en s'appuyant sur des contributions volontaires à des régimes d'assurance, qu'ils soient gérés par des entités non gouvernementales, commerciales ou gouvernementales²⁹.

Conformément à ce concept, la mise en œuvre de ce plan devrait être ancrée dans un système holistique de soins de santé primaires. Compte tenu de la grande importance d'un financement adéquat pour atteindre la CSU, ce plan reconnaît cinq méthodes principales de financement des systèmes de santé, à savoir³⁰.

- L'imposition générale à l'État, au comté ou à la municipalité ;
- L'assurance maladie sociale ;
- L'assurance maladie volontaire ou privée ;
- Les paiements directs ; et
- Les dons des organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé.

Alors que les méthodes traditionnelles de financement des services de santé sont décrites ci-dessus, la plupart des pays en développement utilisent un système de soins de santé à deux niveaux, dans lequel un système de soins de santé de base fourni par le gouvernement répond aux besoins médicaux fondamentaux, tandis qu'un niveau secondaire de soins existe pour ceux qui peuvent payer pour un accès supplémentaire, de meilleure qualité ou plus rapide. Les besoins de base sont couverts presque gratuitement par le gouvernement et tout traitement spécialisé est financé, le plus souvent par le secteur privé à but lucratif par le biais de l'assurance maladie. D'autres variantes sont les "soins de santé à payeur unique" où l'État, plutôt que les assureurs privés, prend en charge tous les coûts des soins de santé. Dans ce contexte, les systèmes à payeur unique peuvent soustraire les services de santé à des organisations privées ou posséder et employer eux-mêmes les ressources et le personnel de santé.

²⁹ Kutzin, J. Tout est permis sur la voie de la couverture santé universelle ? Non. 2012. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 90 :867-

868. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/>

¹⁰ Organisation mondiale de la santé. Financement des systèmes de santé : la voie vers la couverture sanitaire universelle. Rapport sur la santé dans le monde 2010 p.xiv.

Disponible sur : <http://www.who.int/whr/2010/en/>.

³⁰ I. J. U. Palas, M. Asdhraf et P. Ray, *Financement de la couverture sanitaire universelle : Une enquête systématique*, *The International Technology Management Review*, vol. 6 (2017), n° 4, 133-148.

L'autre système est un système de "soins de santé financés par l'État" qui cherche à couvrir le coût de tous ou de la plupart des besoins en matière de soins de santé à partir d'un fonds géré par l'État. Il peut s'agir d'une fiducie sans but lucratif qui paie les soins de santé selon des règles communes établies par les membres ou selon une autre forme démocratique. Certaines innovations en matière de financement des soins de santé primaires ont vu le jour et les États membres pourraient souhaiter les prendre en considération pour couvrir le coût des services de lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose. Il s'agit notamment du "crowdfunding" (financement par la foule)³¹ qui repose sur la philosophie "un pour tous, tous pour un" et fournit une plateforme d'assurance pour aider les patients gravement malades, qui ne peuvent supporter des frais médicaux élevés, en collectant des fonds auprès de tous ses utilisateurs. Dans ce cas, un utilisateur diagnostiqué avec l'une des maladies graves reconnues comme le cancer, la crise cardiaque, etc., ne paie qu'une petite partie du coût total, tandis que la majeure partie est absorbée par un fonds commun.

Points forts et opportunités

- L'existence de lignes budgétaires financées par le gouvernement pour le contrôle de la tuberculose, du VIH et d'autres maladies transmissibles.
- L'existence de divers régimes d'assurance maladie, en particulier de régimes d'assurance communautaires, pour couvrir la tuberculose, le VIH et d'autres maladies d'intérêt public.
- La disponibilité d'un Fonds mondial pour la tuberculose, le sida et le paludisme.

Faiblesses et lacunes

- En général, les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose sont largement sous-financés.
- L'absence ou couverture limitée des régimes d'assurance maladie existants, en particulier des régimes d'assurance communautaires, pour couvrir la tuberculose, le VIH et d'autres maladies d'intérêt public.
- La capacité d'absorption relativement faible des subventions du FMSTP par les programmes nationaux

Actions clés recommandées

³¹ 2. Y. Shen, H. Wu et P. Ray, " Why is Crowdfunded Medical Aid so Popular and Successful in China ? ", Asian Hospital and Healthcare Management (2018) Issue 41, pp 30-33, <https://www.asianhbm.com/medical-sciences>, dernière consultation le 11 octobre 2018.

- Plaider auprès des États membres pour une augmentation du financement national des services de lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose.
- Soutenir les initiatives nationales visant à mener des enquêtes sur le coût pour les patients des services de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- Préconiser la mise en œuvre de programmes de protection sociale légiférés visant à accélérer la CSU pour la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres affections respiratoires professionnelles, tels que des subventions en espèces et un soutien en nature (principalement un panier alimentaire).
- Plaider pour l'extension des programmes de protection sociale existants afin d'inclure les patients atteints de tuberculose, de VIH et de silicose pendant qu'ils sont sous traitement et soins actifs.

4.2.2 Au niveau des États membres

4.2.2.1: OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : Renforcer la responsabilité, la coordination et la collaboration pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.

Préambule

Les États membres de la région de la SADC ont fait des progrès considérables dans la mise en place et la coordination des efforts nationaux de lutte contre la tuberculose, le VIH et le sida, notamment en soutenant les résolutions et engagements régionaux, continentaux et mondiaux³². Presque tous les États membres de la région SADC ont réussi à stopper et à commencer à inverser l'incidence de la tuberculose avant la fin de l'ère des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015, grâce à une gestion nationale efficace et à une responsabilité technique et financière envers la population, les donateurs et les partenaires. Les programmes nationaux ont également réussi à mobiliser les partenaires et les parties prenantes à la cause d'un programme national unique, de plans stratégiques uniques et de directives nationales.

Points forts et opportunités

- L'existence de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH.

³² la Charte des droits sociaux fondamentaux de la SADC, le Cadre de la SADC sur la population mobile et les maladies transmissibles, les objectifs du Millénaire pour le développement, la résolution 61.17 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé des migrants - (2008), les conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) : Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (n° 155) ; Convention sur la sécurité et la santé dans les mines, 1995 (n° 176), et la Recommandation 200 de l'OIT de 2010.

- L'existence de plans stratégiques nationaux et de lignes directrices nationales pour le diagnostic et la gestion de la tuberculose, du VIH et d'autres maladies connexes.
- La capacité avérée à coordonner un certain nombre de parties prenantes du comté et d'organisations non étatiques pour renforcer la réponse du secteur de la santé à la tuberculose, au VIH et aux maladies pulmonaires professionnelles.
- La volonté et collaboration des partenaires donateurs.

Faiblesses et lacunes

- L'absence de cadres nationaux pour la coordination des maladies transmissibles et des questions de santé et de sécurité au travail en général, et dans le secteur minier en particulier.
- L'absence de plans nationaux solides pour rendre opérationnelle la Déclaration sur la tuberculose dans le secteur minier.
- L'absence ou faiblesse des groupes de travail nationaux sur les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles.
- L'absence de commissions interministérielles nationales sur la lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose.
- L'absence générale de bureaux nationaux chargés de coordonner et de faciliter la résolution des problèmes de santé dans le secteur minier.

Actions clés recommandées

- 1) Élaborer un plan national pour rendre opérationnelle la déclaration sur la tuberculose dans le secteur minier.
- 2) Développer un cadre national pour coordonner les maladies transmissibles et les questions de santé et de sécurité au travail dans le secteur minier.
- 3) Créer / renforcer un groupe de travail national sur les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles.
- 4) Créer / renforcer une commission nationale interministérielle sur la lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose.
- 5) Créer / désigner un bureau national pour coordonner et faciliter la résolution des problèmes de santé dans le secteur minier.

4.2.2.2: OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : Promouvoir un environnement politique et législatif favorable au contrôle de la tuberculose, au VIH, à la silicose et aux

autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier de la région SADC.

Points forts et opportunités

- La précedence des documents et lignes directrices de la politique nationale de lutte contre les maladies en cours d'elaboration
- L'existence d'autres documents et directives politiques et legislatifs nationaux.
- L'existence de partenaires de collaboration dans le pays, dotés d'une solide capacite à elaborer/réviser les documents de politique et les directives.

Faiblesses et lacunes

- L'absence ou faiblesse du cadre politique national classant la tuberculose et la silicose acquises dans les mines comme des maladies professionnelles ;
- L'absence ou inefficacite de la legislation nationale sur la declaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles.
- L'absence generale de legislation nationale en faveur de l'indemnisation des travailleurs et anciens travailleurs des mines.
- L'absence de cadre national de gestion et d'evaluation des niveaux de silice et autres poussières dans les mines.

Actions clés recommandées

- 1) Développer des cadres politiques nationaux classant la tuberculose et la silicose acquises dans les mines comme des maladies professionnelles ;
- 2) Développer / renforcer la législation nationale sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles.
- 3) Promulguer / renforcer la législation qui soutient l'indemnisation des travailleurs et anciens travailleurs des mines.
- 4) Développer un cadre national de S&E pour la silice et les autres niveaux de poussière dans les mines.

4.2.2.3: OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : Renforcer les interventions programmatiques pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.

Points forts et opportunités

- L'existence de directives nationales actualisées pour le diagnostic et le traitement de la triade SIDA, tuberculose et paludisme.
- L'accès aux dernières orientations politiques mondiales recommandées en matière de prévention, de traitement et de soins de la tuberculose et du VIH.

Faiblesses et lacunes

- L'absence ou désuétude des normes minimales nationales et des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
- L'absence de directives nationales visant à garantir un environnement de travail sûr qui minimise l'exposition à la poussière de silice.

Actions clés recommandées

- 1) Développer / mettre à jour les normes minimales nationales et les paquets pour la prévention, le diagnostic, le traitement, les soins et le soutien de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
- 2) Développer / mettre à jour des directives nationales pour assurer un environnement de travail sûr qui minimise l'exposition à la poussière de silice.
- 3) Mobiliser des fonds pour la mise en œuvre d'interventions concernant la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires.
- 4) Mener des recherches fondamentales et opérationnelles sur les modèles de soins et l'efficacité des interventions contre la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles.

4.2.2.4: OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 : Renforcer le système de surveillance de la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier

Points forts et opportunités

- L'existence générale de résultats récents d'enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose servant de base de référence.
- L'existence des résultats de certaines études épidémiologiques et économiques sur la tuberculose dans les mines.
- L'existence de rapports réguliers d'examen des programmes

- La participation de certains États membres de la SADC à des recherches d'évaluation novatrices sur la prévention et le traitement de la tuberculose.
- L'existence d'institutions de recherche nationales et internationales qui collaborent et s'intéressent à la recherche sur la tuberculose, le VIH et la silicose.

Faiblesses et lacunes

- L'absence de résultats d'enquêtes représentatives au niveau national sur l'ampleur de la tuberculose, du VIH et de la silicose dans certains États membres.
- L'absence de programme de recherche national sur la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans certains États membres.
- L'incidence des systèmes de surveillance de la tuberculose qui ne sont pas conformes aux normes et aux critères de référence des systèmes de surveillance internationaux.

Actions clés recommandées

- 1) Réaliser / mettre à jour des enquêtes nationales sur les charges de la tuberculose, du VIH et de la silicose.
- 2) Développer / mettre à jour le programme national de recherche et de développement sur la tuberculose, le VIH, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles.
- 3) Soutenir la conduite de recherches fondamentales et de mise en œuvre dans les pays sur les interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.
- 4) Rendre obligatoire la surveillance des maladies professionnelles et la communication de données ventilées par sexe ou par maladie pour la tuberculose, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles.

4.2.2.5: OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 : Renforcer le suivi et l'évaluation (S&E) des programmes évaluation

Points forts et opportunités

- L'existence de systèmes mondiaux de suivi et d'évaluation des progrès réalisés pour mettre fin aux épidémies de tuberculose et de VIH.
- La disponibilité d'informations sur le fardeau de la tuberculose et du VIH/SIDA au niveau national, par le biais d'enquêtes de prévalence ou de modélisation.
- Les rapports d'examen des programmes spécifiques aux pays.
- L'existence d'indicateurs et d'objectifs mondiaux standards.

- L'existence d'outils et de systèmes génériques d'enregistrement et de rapport pour la tuberculose et le VIH.

Faiblesses et lacunes

- L'absence de cadre national de suivi et d'évaluation des progrès réalisés pour mettre fin aux épidémies de tuberculose et de VIH.
- L'absence de résultats de l'évaluation des systèmes de surveillance de la tuberculose et du VIH/sida dans certains États membres.

Actions clés recommandées

- 1) Adopter / élaborer des réglementations nationales pour surveiller le respect du contrôle des maladies prescrites et de l'exposition à la poussière ;
- 2) Évaluer les systèmes de surveillance de la tuberculose et du sida, et développer/renforcer les outils nationaux de suivi et d'évaluation des progrès réalisés pour mettre fin aux épidémies de tuberculose et de VIH.
- 3) Développer un cadre de suivi et d'évaluation de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles.
- 4) Normaliser le système de rapports sur la tuberculose, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles ;
- 5) Développer un cadre national de S&E pour réglementer les niveaux de poussière de silice dans les mines.

4.2.2.6: OBJECTIF STRATÉGIQUE 6 : Renforcer le financement des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans les mines.

Points forts et opportunités

- L'existence de lignes budgétaires financées par le gouvernement pour le contrôle de la tuberculose, du VIH et d'autres maladies transmissibles.
- L'existence de divers régimes d'assurance maladie, en particulier de régimes d'assurance communautaires, pour couvrir la tuberculose, le VIH et d'autres maladies d'intérêt public.
- La disponibilité d'un Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Faiblesses et lacunes

- En général, les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose sont largement sous-financés.

- L'absence ou couverture limitée des régimes d'assurance maladie existants, en particulier des régimes d'assurance communautaires, pour couvrir la tuberculose, le VIH et d'autres maladies d'intérêt public.
- La faible capacité d'absorption des subventions du FMLSTP par les programmes nationaux

Actions clés recommandées

- Plaider en faveur d'un financement national accru des services de lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose.
- Mener des enquêtes sur le coût pour les patients des services de lutte contre la tuberculose et le VIH afin d'estimer les niveaux de coûts catastrophiques.
- Plaider pour la mise en œuvre de programmes de protection sociale légiférés visant à accélérer la CSU pour la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres affections respiratoires professionnelles, tels que des subventions en espèces et un soutien en nature (principalement un panier alimentaire).
- Plaider pour l'extension des programmes de protection sociale existants afin d'inclure les patients atteints de tuberculose, de VIH et de silicose pendant qu'ils sont sous traitement et soins actifs.

CHAPITRE 5 :

MATRICE DU PLAN DE TRAVAIL, ENTITE RESPONSABLE, CALENDRIER, PRINCIPAUX RESULTATS ET BUDGET

5.1 Niveau Régional

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 :

Renforcer la responsabilité, la coordination et la collaboration pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier au niveau régional

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Développer un cadre régional pour la coordination des maladies transmissibles et des questions de santé et de sécurité au travail dans le secteur minier	Secrétariat de la SADC					Cadre régional	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 :

Promouvoir un environnement politique et législatif favorable au contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier de la région SADC

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Élaborer/réviser des politiques et des directives régionales harmonisées en matière de traitement de la tuberculose, du VIH et de la silicose	Secrétariat de la SADC					Mise à jour des politiques et directives régionales harmonisées en matière de traitement de la tuberculose, du VIH et de la silicose.	
Développer une ligne directrice régionale pour l'exposition cumulée à la poussière de silice et les limites d'exposition professionnelle (LEP) à la silice	Secrétariat de la SADC					Directive régionale relative à l'exposition cumulée à la poussière de silice et à la silice Limites d'exposition professionnelle (LEP)	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 :

Renforcer les interventions programmatiques pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Élaborer des normes minimales régionales et des ensembles de mesures pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles ³³	Secrétariat de la SADC					Normes minimales régionales pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la tuberculose, du VIH et de la silicose	

33

Directives consolidées de l'OMS sur la tuberculose. Module 3 : Diagnostic - diagnostic rapide pour la détection de la tuberculose - mise à jour 2021. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029415>).

Directives consolidées de l'OMS sur la tuberculose. Module 4 : Traitement - traitement de la tuberculose résistante aux médicaments. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240007048>).

Directives consolidées de l'OMS sur la tuberculose. Module 2 : Dépistage - dépistage systématique de la tuberculose maladie. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676>).

<p>Développer un programme régional de recherche et de développement sur la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles</p>	<p>Secrétariat de la SADC</p>					<p>Programme régional de recherche et de développement sur les interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles</p>	
--	-------------------------------	--	--	--	--	---	--

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 :

Renforcer le système de surveillance de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Développer des formats régionaux standardisés d'enregistrement et de rapport pour la tuberculose, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles	Secrétariat de la SADC					Format(s) régional/régionaux normalisé(s) d'enregistrement et de rapport pour la tuberculose, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 :
Renforcer le suivi et l'évaluation du programme (S&E)

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Développer un cadre régional de gestion et d'évaluation pour la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, y compris des indicateurs régionaux normalisés.	Secrétariat de la SADC					Cadre régional de suivi et d'évaluation de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles.	
Développer un cadre régional de S&E pour les niveaux de poussière de silice dans les mines.	Secrétariat de la SADC					Cadre régional S&E pour les niveaux de poussière de silice dans les mines	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6 :

Renforcer le financement des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans les mines.

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Soumettre des propositions de financement régional aux partenaires internationaux pour soutenir les initiatives relatives à la tuberculose, au VIH, à la silicose et aux autres maladies respiratoires professionnelles	Secrétariat de la SADC					Propositions de financement régional aux partenaires internationaux pour soutenir les initiatives de lutte contre la tuberculose, le VIH, la silicose et autres maladies respiratoires professionnelles	

5.2 Niveaux nationaux **

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1							
Renforcer la responsabilité, la coordination et la collaboration pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier au niveau national							
Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Développer un cadre national pour la coordination des maladies transmissibles et des questions de santé et de sécurité au travail dans le secteur minier	Programme(s) national(aux) et partenaires					Cadre national pour la coordination des maladies transmissibles et des questions de santé et de sécurité au travail dans le secteur minier	
Créer / renforcer un groupe de travail national sur les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles	Programme(s) national(aux) et partenaires					Groupes de travail nationaux sur les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles	
Créer / renforcer une commission ministérielle nationale sur la lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose	Programme(s) national(aux) et partenaires					Commission ministérielle nationale de lutte contre la tuberculose, le VIH et la silicose	

Créer / désigner un bureau national pour faciliter la résolution des problèmes de santé dans le secteur minier	Programme(s) national(aux) et partenaires					Bureau national pour faciliter la résolution des problèmes de santé dans le secteur minier	
--	---	--	--	--	--	--	--

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 :
Promouvoir un environnement politique et législatif favorable au contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier par le biais des interventions stratégiques suivantes

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Élaborer un cadre politique national classant la tuberculose et la silicose acquises dans les mines comme des maladies professionnelles	Programme(s) national(aux) et partenaires					Cadre de politique nationale classant la tuberculose et la silicose acquises dans les mines comme des maladies professionnelles	
Développer / renforcer la législation nationale sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	Programme(s) national(aux) et partenaires					Législation nationale sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	
Promulguer / renforcer la législation qui soutient l'indemnisation des mineurs et des anciens mineurs	Ministère de la Justice en collaboration avec le(s) programme(s) national(aux) et les partenaires					Une législation qui soutient l'indemnisation des travailleurs et anciens travailleurs des mines	

Développer un cadre national de S&E pour les niveaux de poussière de silice dans les mines	Programme(s) national(aux) et partenaires					Cadre national de S&E pour les niveaux de poussière de silice dans les mines	
--	---	--	--	--	--	--	--

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 :

Renforcer les interventions programmatiques pour le contrôle de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Élaborer des normes minimales et des programmes nationaux pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	Programme(s) national(aux) et partenaires					Normes minimales nationales et ensembles de mesures pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	
Élaborer un programme national de recherche et de développement sur les interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	Programme(s) national(aux) et partenaires					Programme national de recherche et développement sur la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	

<p>Développer des directives nationales pour assurer un environnement de travail sûr qui minimise l'exposition à la poussière de silice</p>	<p>Programme(s) national(aux) et partenaires</p>					<p>Directives nationales visant à garantir un environnement de travail sûr qui minimise l'exposition à la poussière de silice</p>	
<p>Mener la recherche opérationnelle et le développement sur la tuberculose. VIH, Silicose et autres maladies respiratoires professionnelles.</p>	<p>Programme(s) national(aux) et partenaires</p>					<p>Recherche opérationnelle publiée sur la tuberculose. VIH, Silicose et autres maladies respiratoires professionnelles</p>	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 :

Renforcer le système de surveillance de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Établissement d'une obligation de surveillance des maladies professionnelles et de communication de données ventilées par sexe ou par catégorie pour la tuberculose, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	Programme(s) national(aux) et partenaires					Normes minimales nationales et ensembles de mesures pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	

<p>Rapport standardisé sur les données ventilées par sexe ou sur le VIH dans les États membres de la SADC</p>	<p>Programme(s) national(aux) et partenaires</p>					<p>Programme régional de recherche et de développement sur les interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles</p>	
<p>Normaliser le système d'établissement de rapports sur la tuberculose, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles</p>						<p>Système standard de déclaration de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles</p>	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 :

Renforcer le suivi et l'évaluation du programme (S&E)

Activités principales	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Adopter/élaborer des réglementations nationales pour contrôler le respect du contrôle des maladies prescrites et de l'exposition à la poussière	Programme(s) national(aux) et partenaires					Réglementations nationales pour la surveillance du respect du contrôle des maladies prescrites et de l'exposition à la poussière	
Développer/renforcer l'outil national de suivi et d'évaluation de la tuberculose, du VIH, de la silicose et des autres maladies respiratoires professionnelles	Programme(s) national(aux) et partenaires					Outil national pour le suivi et l'évaluation de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	

Normaliser le système d'établissement de rapports sur la tuberculose, la silicose et les autres maladies respiratoires professionnelles						Système standard de déclaration de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles	
Mobiliser des fonds pour la mise en œuvre des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires						Un financement adéquat pour la mise en œuvre des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires	
Développer un cadre national de S&E pour réglementer les niveaux de poussière de silice dans les mines						Cadre national S&E pour la réglementation des niveaux de poussière de silice dans les mines	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6 :

Renforcer le financement des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans les mines

Principales Activités	Entités / Personnes responsables	CALENDRIER				Principaux résultats	Budget (USD) et source de financement
		T4 2021	T1 2022	T3 2022	T4 2022		
Mobiliser des fonds pour la mise en œuvre des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires	Programme(s) national(aux) et partenaires					Un financement adéquat pour la mise en œuvre des interventions en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires	

**** Sur la base des questionnaires du programme national complétés qui ont été reçus**

CHAPITRE 6 :

ANNEXES

Annexe 6.1 : Engagements des ODD, de l'initiative "Mettre fin à la tuberculose" et de la déclaration politique de haut niveau de l'ONU sur la tuberculose à l'horizon 2030

ODD 3 cible 3.3	D'ici à 2030, mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées, et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et d'autres maladies transmissibles
Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose	Réduction de 80 % du taux d'incidence de la tuberculose (nouveaux cas et rechutes pour 100 000 habitants par an) d'ici à 2030, par rapport à 2015. <ul style="list-style-type: none"> • Jalon 2020 : réduction de 20 %, jalon 2025 : réduction de 50 %.
	Réduction de 90% du nombre annuel de décès dus à la tuberculose d'ici 2030, par rapport à 2015 <ul style="list-style-type: none"> • Jalon 2020 : réduction de 35 % ; jalon 2025 : réduction de 75 %.
	Aucun ménage touché par la tuberculose ne doit faire face à des coûts catastrophiques d'ici 2020
Réunion de haut niveau des Nations unies sur la tuberculose, 2018	40 millions de personnes traitées pour la tuberculose de 2018 à 2022, induisant : <ul style="list-style-type: none"> • 3,5 millions d'enfants • 1,5 million de personnes atteintes de tuberculose résistante aux médicaments, dont 115 000 enfants
	Au moins 30 millions de personnes bénéficiant d'un traitement préventif contre la tuberculose de 2018 à 2022, dont : <ul style="list-style-type: none"> • Millions de personnes vivant avec le VIH • 4 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans, et • 20 millions de personnes d'autres groupes d'âge, qui sont des contacts familiaux de personnes atteintes de tuberculose

	Financement d'au moins 13 milliards de dollars par an pour l'accès universel à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins de la tuberculose d'ici 2022
	Financement d'au moins 2 milliards de dollars par an pour la recherche sur la tuberculose entre 2018 et 2022

Annexe 6.2 État de la mise en œuvre des initiatives de lutte contre la tuberculose dans les mines dans les pays sélectionnés qui ont soumis questionnaires remplis

6.2.1 L'Angola

L'Angola n'a participé à aucune des initiatives régionales sur la tuberculose dans le secteur minier depuis le lancement de la Déclaration en 2012. En outre, l'Angola, de son propre chef, n'a pas encore commencé à mettre en œuvre les éléments clés de la Déclaration. Par conséquent, aucun document stratégique, politique, réglementaire ou législatif n'existe dans le pays. Les organes de coordination ne sont pas encore établis et il n'y a pas de flux de financement pour financer la tuberculose dans les opérations du secteur minier.

6.2.2 L'Eswatini

L'Eswatini a fait des progrès substantiels dans la mise en œuvre de divers aspects de la tuberculose dans le secteur minier depuis l'adoption de la Déclaration, à l'image d'une institutionnalisation progressive mais régulière des initiatives. À ce jour, le pays a réalisé une cartographie géographique des mineurs et des anciens mineurs ; il a créé une base de données nationale sur les mineurs afin de faciliter le dépistage systématique de la tuberculose et l'indemnisation ; il a fourni des services de proximité aux mineurs et aux anciens mineurs à des dates prévues dans une région (Hhohho) avec le soutien d'un partenaire collaborateur (URC) ; il a créé des centres de services de santé professionnelle (OHSC) dans deux des quatre régions du pays (Shiselweni et Manzini) avec le soutien du Fonds mondial, du ministère du Travail et du ministère de la Santé. Il a également mis en œuvre des initiatives visant à créer une demande de services de lutte contre la tuberculose et le VIH, soutenues par SAFAIDS, dans les quatre régions du pays, ainsi qu'une large sensibilisation et un dépistage de la tuberculose parmi les mineurs/ex-mineurs et leurs familles, en collaboration avec des OSC (SNEMA, SWAMMIWA, Kwakha indvodza) dans trois régions. Il a étendu le traitement préventif de la tuberculose pour les mineurs/ex-miniers atteints de silicose, soutenu par le Fonds mondial, l'OMS et le PEPFAR, aux quatre régions ; il a piloté un système électronique d'orientation transfrontalière dans trois régions ; et le pays a récemment formé un groupe de travail technique national TIMS.

En ce qui concerne la politique stratégique et les documents d'orientation, la politique TPT est intégrée au plan stratégique de lutte contre la tuberculose et constitue l'un des principaux résultats attendus d'un groupe de travail technique (GTT) récemment constitué. Des discussions sont en cours entre le ministère de la Santé et le ministère du Travail sur la création d'un bureau indépendant pour les questions de TIMS, et le groupe parlementaire sur la tuberculose a été engagé pour faire pression auprès des départements concernés pour la création de ce bureau. Les questions d'indemnisation sont couvertes par le règlement de 1983 sur l'indemnisation des travailleurs (pneumoconiose), et la section 32 de la loi de 2001 sur la sécurité et la santé au travail prévoit la notification des maladies professionnelles.

Au niveau technique, il existe un ensemble de services de santé pour les mineurs/ex-mineurs qui comprend le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose, la prévention de la tuberculose, le dépistage, le traitement et les soins du VIH. Des éducateurs pour les pairs sont également impliqués parmi les enfants des anciens mineurs afin de mener un dépistage actif au niveau communautaire. Deux centres de services de santé au travail sont disponibles pour la prestation de ces services. En outre, certains établissements de santé publique tels que les hôpitaux et les centres de santé proposent des programmes de bien-être, et l'outil de dépistage de la tuberculose actuellement utilisé dans les établissements de santé prévoit le dépistage des mineurs et des anciens mineurs, et des rapports sont générés chaque mois. Des documents d'orientation technique sont disponibles. Le financement des partenaires était disponible dans le projet TIMS 2 entre 2017 et 2020.

6.2.3 Le Malawi

Le Malawi, comme Eswatini, a fait des progrès substantiels dans la mise en œuvre de divers aspects de la tuberculose dans le secteur minier depuis le début de la déclaration. Les initiatives de lutte contre la tuberculose dans le secteur minier sont mises en œuvre dans 15 des 28 districts, en fonction du niveau d'exploitation minière et de la charge de la tuberculose et du VIH. Le soutien financier de ces initiatives provient essentiellement de la Banque mondiale et du Fonds mondial, par le biais du projet de soutien aux systèmes de santé et de lutte contre la tuberculose en Afrique australe et du projet TIMS (TB in the Mining Sector). Le soutien technique de ces projets a été assuré par l'AUDA-NEPAD et l'ECSA-HC.

Grâce à ces projets, le Malawi a procédé à l'identification et à l'orientation d'anciens groupes de mineurs afin de mener des interventions communautaires et de dispenser une éducation sanitaire dans les 15 districts couverts par le SATBHSSP ; il a intégré la communication sur la tuberculose dans les mines dans les programmes de santé scolaire ciblant les écoles primaires dans tout le pays ; il a mis en place des points de collecte de crachats dans les zones minières des 15 districts couverts par le SATBHSSP ; il a élaboré et diffusé des messages sur la tuberculose dans la presse écrite et électronique ; il a orienté les travailleurs de la santé sur le dépistage systématique de la tuberculose. Il a également mis en place des centres spécialisés dans la prestation de services de SST dans 7 hôpitaux du pays ; il a formé des professionnels de la SST, dont 16 médecins/radiographes à la lecture des radiographies, 15 infirmières aux principes fondamentaux de la SST, 18 inspecteurs à l'évaluation des risques et 5 hygiénistes du travail ; il a élaboré un code de pratique national pour les maladies pulmonaires professionnelles qui est en attente de validation ; dispose de diverses versions de POS, du cadre national de SST, de la politique nationale de SST et d'autres documents ; fournit des services de dépistage de la tuberculose et d'autres maladies pulmonaires chez les mineurs ; mène régulièrement des inspections conjointes des institutions minières pour vérifier le respect des directives en matière de santé minière ; a acheté des équipements d'inspection des mines ; et a examiné divers outils législatifs sur la SST.

Le plan stratégique du PNT a inclus la tuberculose dans les mines et les mineurs comme population vulnérable. Il n'existe pas de groupe de travail distinct pour s'attaquer aux groupes énumérés. Ceux-ci sont plutôt inclus dans plusieurs groupes de travail techniques (GTT), notamment le GTT EHP, le GTT TB et le GTT EH. Le pays a réorganisé et reconstitué le bureau du médiateur des hôpitaux pour traiter les questions d'indemnisation. Ces bureaux sont soutenus par le bureau du médiateur national qui travaille main dans la main avec le ministère de la santé. La silicose a été classée comme une maladie professionnelle, mais la tuberculose doit encore être classée comme telle car la législation est en cours de révision. La collaboration se fait principalement avec le ministère du travail. Des services de santé au travail sont actuellement fournis dans un certain nombre d'hôpitaux, y compris des services mobiles de proximité. Le projet SATBHSS soutient la plupart des initiatives mentionnées.

6.2.4 Le Zimbabwe

Le Zimbabwe a mis en œuvre un certain nombre d'initiatives sur la tuberculose dans le secteur minier depuis la Déclaration, notamment TB in Mines Phase II 2019-2020 soutenu par le soutien du Fonds mondial. Dans le cadre de ce projet, les pays mettent en œuvre des

activités clés dans 6 districts du pays (Bubi, Shurugwi, Mazowe, Sanyati, Hurungwe et Kwekwe), à savoir : Dépistage de la tuberculose et recherche active de cas ; formation de volontaires communautaires au dépistage de la tuberculose et à la trousse à outils CSS ; recherche des contacts ; initiatives visant à améliorer les comportements de prévention, de soins et de traitement de la tuberculose parmi les populations clés ; sensibilisation des EMAPE et des communautés au paquet minimum de services de santé au travail (ST) qui comprend la prévention, le dépistage médical, le traitement, la prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive ; et engagement des prestataires de soins et création d'une demande pour les services de santé au travail disponibles (OHSC et autres installations).

Le pays met également en œuvre des services de santé au travail de Baines dans le cadre d'une subvention du KNTB dans 8 districts (Insiza, Gwanda, Shurugwi, Kwekwe, Gweru, Mwenezi, Zvishavane et Chirumanzu). Deux cliniques de l'OHSC ont été créées à Gwanda et à Gweru pour fournir des services de santé au travail aux mineurs artisanaux et à petite échelle et pour renforcer les capacités des infirmières et des médecins à dépister et à diagnostiquer les maladies pulmonaires professionnelles. Une autre initiative est soutenue par la subvention Covid 19 2022-2023 du Fonds mondial, couvrant 10 districts (Mazowe, Bindura, Shamva, Sanyati, Bubi, Matobo, Hwange, Umguza, Chimanimani et Umzingwane). Le financement est principalement destiné au renforcement des capacités des infirmières et des médecins en matière de dépistage et de diagnostic des maladies pulmonaires professionnelles. La tuberculose dans les mines est abordée dans le PSN de la tuberculose, et une obligation de compensation est couverte par des décisions de justice pour les anciens mineurs de Wenela. Les normes nationales minimales actuelles sont couvertes par le plan national de lutte contre la tuberculose 2021-2025, et les services de santé au travail de Baines effectuent des recherches sur la tuberculose et la silicose.

Le financement des partenaires comprend la subvention C19RM du Fonds mondial et la subvention KNTB de l'USAID. Ce financement soutient le renforcement des capacités des travailleurs de santé en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles. Le financement soutient également les centres de services de santé au travail de Gwanda, Gweru et Kadoma, et il existe une subvention KNTB pour les services de santé au travail de Baines pour les 5 prochaines années. L'engagement et l'obligation du gouvernement pour un financement national sont maintenant en place.

6.2.5 La Zambie

La Zambie est l'un des pays qui met activement en œuvre les activités de lutte contre la tuberculose dans le secteur minier depuis le début de la déclaration. Elle a mis en œuvre le projet SATBHSS (Southern Africa Tuberculosis Health System Strengthening) avec le soutien de la Banque mondiale, en collaboration avec l'Institut national zambien de santé publique et l'Institut de santé et de sécurité au travail, ainsi que le projet Tuberculose dans le secteur minier avec le soutien de la Banque mondiale, en collaboration avec le ministère des Mines et l'Institut de santé et de sécurité au travail.

La coordination nationale des activités est assurée par le département de la sécurité des mines du ministère des mines, dans le cadre du projet SATBHSS, avec le soutien de la Banque mondiale et en collaboration avec l'Institut de santé et de sécurité au travail. La classification de la tuberculose et de la silicose acquises dans les mines comme maladies professionnelles est pleinement mise en œuvre par l'Institut de santé et de sécurité au travail. L'existence d'une législation sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles est mise en œuvre par le NTLP par le biais du projet SATBHSS avec le soutien de la Banque mondiale, toujours en collaboration avec l'Institut de santé et de sécurité au travail. L'Institut de santé et de sécurité au travail recommande l'indemnisation et le Conseil de contrôle du Fonds d'indemnisation des travailleurs se charge de l'indemnisation sous l'égide du ministère du Travail.

Il existe des preuves de la conduite de recherches opérationnelles sur la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles. Le NTLP, le ministère des Mines et l'Institut de santé et de sécurité au travail ont mené un certain nombre de recherches opérationnelles sur la tuberculose, le VIH et la silicose dans le cadre du projet SATBHSS avec le soutien de la Banque mondiale. Des fonds de partenaires sont disponibles dans le cadre des deux projets, et les fonds d'indemnisation sont gérés par le Conseil de contrôle du Fonds d'indemnisation des travailleurs par l'intermédiaire du ministère du Travail et de la Sécurité sociale. Des documents d'orientation technique, y compris des normes minimales de soins, sont inclus dans divers documents législatifs et politiques.

6.2.6 Les Seychelles

Il n'y a pas d'activités minières actives aux Seychelles. Par conséquent, la plupart des interventions et dispositions spécifiques à la tuberculose dans le secteur minier ne sont pas applicables. En pratique, il n'y a pas de tuberculose et de silicose acquises dans les mines dont on puisse parler. En conséquence :

- Il n'existe pas de document stratégique faisant référence au contrôle de la tuberculose dans le secteur minier.
- Il n'existe pas de groupe de travail national sur les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles, ni de bureau national indépendant chargé de résoudre les problèmes de santé dans le secteur minier.
- Il n'existe pas de législation sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, ni de législation sur l'indemnisation des travailleurs et anciens travailleurs des mines qui contractent une maladie professionnelle.
- Il n'existe pas de normes minimales ni d'ensembles de mesures pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles. Il n'existe pas non plus de limites d'exposition cumulée à la poussière de silice, ni de limites d'exposition professionnelle à la silice (OEL) conformes aux meilleures pratiques et références internationales, car elles ne sont pas applicables.

Malgré l'absence d'activité minière active, il est nécessaire d'établir des normes minimales pour la prévention, le traitement et les soins de la tuberculose dans le cadre de la lutte contre les épidémies de tuberculose et de VIH.

6.2.7 La République d'Afrique du Sud

La République d'Afrique du Sud est un État membre minier majeur dans la région de la SADC. Depuis longtemps, le secteur minier joue un rôle important dans le développement économique du pays, classé comme la troisième plus grande industrie minière au monde, contribuant à environ 8 % du PIB total du pays en 2016. Les travailleurs miniers et les communautés péri-minières sont des populations clés identifiées dans le plan stratégique national de lutte contre la tuberculose. Le plan stratégique du DMRE pour 2020-2025 vise à réduire les maladies professionnelles (y compris la tuberculose) et le plan annuel de performance 2022/23 du ministère de la Santé a

fixé des résultats et des objectifs clés sur les certifications des travailleurs miniers, les paiements de prestations et le paiement de la perte de revenus pendant le traitement de la tuberculose.

Un conseil de la santé et de la sécurité dans les mines (MHSC) a été créé en vertu de la loi 29 de 1996 sur la santé et la sécurité dans les mines, et un comité consultatif de l'industrie minière sur la tuberculose, le VIH et le SIDA (MITHAC) conseille le MHSC sur les politiques relatives à la tuberculose et au VIH/SIDA, et surveille leur mise en œuvre par l'industrie minière. La loi sur la santé et la sécurité dans les mines (MHSA) et la loi sur les maladies professionnelles dans les mines et les travaux (ODMWA), la loi sur la santé et la sécurité dans les mines, la loi sur les maladies professionnelles dans les mines et les travaux et la loi sur les maladies à déclaration obligatoire dans le cadre de la santé classent la tuberculose et la silicose contractées dans les mines parmi les maladies professionnelles et légifèrent sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles. Il existe sur la gestion et les rapports intégrés pour le VIH, le SIDA, la tuberculose et les maladies pulmonaires professionnelles dans l'industrie minière sud-africaine, MHSC 2016, et un modèle DMR 164 pour les rapports sur la tuberculose et le VIH utilisé depuis 2014.

La législation visant à soutenir l'indemnisation des travailleurs et anciens travailleurs des mines qui contractent une maladie professionnelle existe à travers la loi sur l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et la loi sur les maladies professionnelles dans les mines et les travaux. Des normes minimales et des paquets pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien de la tuberculose, du VIH, de la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles existent à travers un certain nombre de documents d'orientation, y compris une note d'orientation pour la gestion et le programme de contrôle de la tuberculose dans l'industrie minière sud-africaine (Government Gazette No. 41839, 17 août 2018), une Note d'orientation sur la gestion et le contrôle du VIH dans l'industrie minière sud-africaine (Government Gazette No. 44427, 9 avril 2021), et une Politique sur la gestion et les rapports intégrés pour le VIH, le sida, la tuberculose et les maladies pulmonaires professionnelles dans l'industrie minière sud-africaine, MHSC 2016.

Il existe des limites nationales pour l'exposition cumulative à la poussière de silice et des limites d'exposition professionnelle à la silice (OEL) conformes aux meilleures pratiques et références internationales. Il existe une limite statutaire de 0,1mg/m³, conforme à l'OEL

recommandée par l'OIT pour les niveaux, et le pays a fixé une limite d'étape pour 2024 de 0,05mg/m³. Le règlement 9.2(7) de la loi sur la santé et la sécurité dans les mines de 1996 exige que les mines d'Afrique du Sud soumettent des rapports statutaires sur le contrôle de l'exposition personnelle aux facteurs de stress liés à l'hygiène professionnelle (Hygiene Statutory Returns). La recherche a fait partie du processus de mise en œuvre, comme le prouve l'existence d'un compendium MITHAC sur les pratiques de pointe en matière de tuberculose, et l'outil d'audit du comité consultatif de recherche sur la sécurité dans les mines est en cours de déploiement. L'industrie minière, notamment les grandes mines, finance entièrement les soins médicaux pour les interventions programmées contre la tuberculose, le VIH, la silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles, et les prélèvements pour le non-respect des niveaux de poussière sont affectés au fonds de compensation.

Cependant, il n'y a pas de groupe de travail national sur les maladies transmissibles, la santé au travail et les populations mobiles ; aucun poste de financement gouvernemental pour les interventions programmées en matière de tuberculose, de VIH, de silicose et d'autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier ; et aucun poste de financement gouvernemental pour les obligations d'indemnisation liées à la tuberculose, au VIH, à la silicose et aux autres maladies respiratoires professionnelles dans le secteur minier.

CADRE DE RESPONSABILISATION D'ACTION ET FICHE D'EVALUATION DE LA STRATEGIE "METTRE FIN A LA TUBERCULOSE (END TB)" DE LA SADC

CADRE DE RESPONSABILISATION D'ACTION ET FICHE D'EVALUATION DE LA STRATEGIE "METTRE FIN A LA TUBERCULOSE (END TB)" DE LA SADC

1 : Contexte

La tuberculose fait partie des maladies dont l'élimination est prévue d'ici à 2030, conformément à l'objectif 3 des objectifs de développement durable adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies en septembre 2015³⁴. L'objectif comprend deux cibles essentielles pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose : la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU)³⁵ et mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose (TB) d'ici 2030³⁶. Plus tôt en mai 2014, la 67e session de l'Assemblée mondiale de la santé³⁷ a adopté la Stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)" dont l'objectif est de mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose d'ici 2035. Au niveau régional, la soixante-sixième session du Comité régional pour l'Afrique a adopté un cadre pour la mise en œuvre de la stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)" dans la région africaine³⁸ demandant aux États membres de développer le diagnostic et le traitement de la tuberculose en vue d'un système de santé universel et de mettre fin à l'épidémie de tuberculose. Par conséquent, la fin de l'épidémie de tuberculose fait également partie des engagements prioritaires de la région SADC³⁹.

La région africaine, et plus particulièrement la région SADC, a réussi à stopper et à commencer à inverser l'incidence de la tuberculose avant la fin de l'ère des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015. Malgré cette réussite significative, les dernières

³⁴

Directives consolidées de l'OMS sur la tuberculose. Module 3 : Diagnostic - diagnostic rapide pour la détection de la tuberculose - mise à jour 2021. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029415>). Directives consolidées de l'OMS sur la tuberculose. Module 4 : Traitement - traitement de la tuberculose résistante aux médicaments. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240007048>).

Directives consolidées de l'OMS sur la tuberculose. Module 2 : Dépistage - dépistage systématique de la tuberculose maladie. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676>).

0 pages.

³⁹

informations disponibles⁴⁰ indique que la Région SADC représentait 69% des cas de tuberculose notifiés dans la Région africaine en 2020. Et depuis plus de deux décennies maintenant, en particulier depuis l'apparition de l'impact négatif du VIH sur l'incidence de la tuberculose, la région SADC a toujours représenté la majorité des cas de tuberculose et de tuberculose/VIH déclarés dans la région africaine, et entre 70 et 95 % de tous les cas confirmés de tuberculose RR/MDR et de tuberculose XDR.⁴¹

Douze des seize États membres de la SADC (75 %) font actuellement partie des pays à forte charge de tuberculose, de tuberculose/VIH ou de MDR-RR. Sur une note positive, les heures supplémentaires, le Zimbabwe et l'Angola sont sortis de la catégorie des pays à forte charge de tuberculose et à forte charge de tuberculose/VIH, respectivement. Cependant, le Zimbabwe et l'Angola restent parmi les pays à forte charge de tuberculose/VIH et de MDR-RR, respectivement. La RDC, le Mozambique, la République d'Afrique du Sud et la Zambie restent des pays à forte charge dans les trois listes de pays à forte charge. La Zambie a récemment rejoint la liste des pays à forte MDR-RR. En outre, on observe une lente diminution des taux d'incidence et de mortalité, une faible couverture thérapeutique, un taux de réussite du traitement toujours inférieur à l'objectif recommandé de 90 %, une augmentation des cas de tuberculose résistante aux médicaments, une faiblesse des systèmes de santé par rapport aux normes internationales, une couverture inadéquate et une faible performance des services de santé qui limitent l'accès à des services de gestion de la tuberculose de haute qualité. De nombreux prestataires de santé privés ne sont pas associés aux services de lutte contre la tuberculose, et l'on constate une augmentation de la tuberculose associée à des maladies non transmissibles et à des facteurs de risque. Selon les dernières informations disponibles, le financement national de la lutte contre la tuberculose ne représente que 26 %, tandis que 41 % des besoins essentiels de lutte contre la tuberculose dans les États membres ne sont pas financés.

Les principaux dirigeants politiques de la région SADC ont participé à la "première conférence ministérielle mondiale sur l'élimination de la tuberculose à l'ère du développement durable", qui s'est tenue à Moscou en novembre 2017 et qui visait à accélérer la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose. À l'issue de la conférence, une "déclaration de Moscou" a été adoptée

⁴⁰ Rapport mondial sur la tuberculose 2021, WHO/HTM/TB/2017.23. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

⁴¹ Rapports mondiaux successifs 2013 - 2021

et a servi de base à la toute première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies (AGNU) sur la tuberculose, qui s'est tenue en septembre 2018 à New York⁴² a été adopté. Avant la conférence de Moscou, les ministres de la santé de la région SADC, en tant que membres des ministres de la santé de l'Union africaine, sous l'égide de la Commission de l'Union africaine (CUA) et de ses partenaires, ont élaboré une position africaine commune sur la tuberculose (PAC-TB)⁴³. L'objectif de la PAC-TB est d'assurer une voix africaine commune sur des actions concrètes pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici 2030 ; il a été approuvé par les ministres de la santé, les responsables des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le Forum africain de partenariat et de coordination sur le sida, la tuberculose et le paludisme.

En 2016, les dirigeants africains ont approuvé le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030⁴⁴. Cela a renforcé la feuille de route de l'Union africaine de 2012 sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la réponse au sida, à la tuberculose et au paludisme et la position commune de l'Afrique sur le programme de développement post-2015 qui, parmi d'autres programmes de développement et de santé, a demandé aux États membres de l'Union africaine, y compris ceux de la SADC, de prendre des mesures concertées pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose.

Ainsi, en vue d'atteindre l'objectif de mettre fin à la tuberculose, les États membres de la SADC, de concert avec le reste du continent africain, devront atteindre de manière cohérente les principaux objectifs et jalons de la lutte contre la tuberculose dans le cadre de

42

⁴³ Le CAP-TB s'engage à : Ω Leadership, appropriation par le pays, gouvernance et responsabilité : Intensifier et catalyser la réponse à la tuberculose en travaillant avec les dirigeants africains en tant que champions qui comprennent, les chefs d'État et de gouvernement, les parlementaires, les chefs traditionnels, afin d'impulser une action multisectorielle pour les soins et la prévention de la tuberculose et de s'attaquer aux déterminants de la tuberculose ; Intensifier les partenariats intersectoriels entre les ministères, les acteurs communautaires et les parlements pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et la protection sociale ; renforcer la supervision et la responsabilité, et améliorer encore le suivi, l'évaluation et les rapports des programmes de lutte contre la tuberculose ; Déclarer la tuberculose résistante aux médicaments comme une menace pour la sécurité sanitaire mondiale.

Le CAP-TB s'engage à : Ω Leadership, appropriation par le pays, gouvernance et responsabilité : Intensifier et catalyser la réponse à la tuberculose en travaillant avec les dirigeants africains en tant que champions qui comprennent, les chefs d'État et de gouvernement, les parlementaires, les chefs traditionnels, afin d'impulser une action multisectorielle pour les soins et la prévention de la tuberculose et de s'attaquer aux déterminants de la tuberculose ; Intensifier les partenariats intersectoriels entre les ministères, les acteurs communautaires et les parlements pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et la protection sociale ; renforcer la supervision et la responsabilité, et améliorer encore le suivi, l'évaluation et les rapports des programmes de lutte contre la tuberculose ; Déclarer la tuberculose résistante aux médicaments comme une menace pour la sécurité sanitaire mondiale.

Ω Recherche et innovation : Les gouvernements devraient renforcer la collaboration avec les universités et les instituts de recherche pour améliorer l'innovation et les politiques et programmes fondés sur des données probantes ; les pays africains devraient augmenter les investissements dans la recherche et l'innovation afin de produire des solutions durables pour la santé et le développement de l'Afrique et renforcer les mesures préventives et curatives pour freiner la propagation de la tuberculose ;

Ω Financement de la santé : Augmenter le financement national de la Santé ; mener des réformes politiques pour éliminer les coûts catastrophiques pour les patients et leurs ménages, notamment par la mise en place d'une protection sociale et d'un soutien psychosocial ; étendre l'assurance maladie sociale comme mécanisme de financement pour élargir la protection sociale liée à la santé, en particulier pour les sections vulnérables de la communauté.

⁴⁴ Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030. Avancer vers une santé durable en Afrique

l'objectif de mettre fin à la tuberculose et des ODD. En plus de la mise en œuvre complète de la déclaration des chefs d'État et de gouvernement sur la tuberculose dans le secteur minier, les États membres doivent élargir l'accès aux soins centrés sur le patient grâce à l'approche de la couverture universelle ; mettre pleinement en œuvre les éléments de la position commune de l'Afrique sur la tuberculose, le cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030, la feuille de route de l'Union africaine de 2012 sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la réponse au sida, à la tuberculose et au paludisme, la position commune de l'Afrique sur le programme de développement post-2015 ; augmenter le financement de la lutte contre la tuberculose ; et mettre en place des cadres de responsabilisation pour surveiller et suivre les progrès accomplis vers les cibles et les étapes de la lutte contre la tuberculose et des ODD, entre autres indicateurs.

Ce document, le Cadre d'action de la région SADC pour la lutte contre la tuberculose⁴⁵ avec un score associé, sera utilisé par le Secrétariat de la SADC pour suivre les résultats / produits de la mise en œuvre des divers engagements des dirigeants de la région de la SADC, et suivre systématiquement les progrès des États membres vers la réalisation des indicateurs de base des ODD et de la Stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)" (Tableau 1), et d'autres indicateurs minimums spécifiés, de temps à autre. Il identifie les engagements et résolutions régionaux et mondiaux pertinents en matière de lutte contre la tuberculose, y compris les résultats saillants envisagés pour la mise en œuvre de la déclaration des chefs d'État et de gouvernement sur la tuberculose dans le secteur minier, puis propose des actions sélectionnées à fort impact pour atteindre les différents objectifs fixés. Dans ce but, la carte de pointage sera mise à jour chaque année en même temps que les rapports mondiaux respectifs sur la tuberculose. Le tableau de bord annuel sera présenté au Conseil des ministres de la santé de la SADC lors de leurs réunions annuelles. Cela permettra d'assurer une surveillance politique en vue de la mise en œuvre complète de l'ODD et de la stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)", à laquelle la déclaration des chefs d'État et de gouvernement sur la tuberculose dans le secteur minier souscrit pleinement. Le cadre décrit les modes d'examen proposés qui permettront de déterminer les résultats et les impacts dans le temps. La carte de pointage identifie, quantifie et évalue qualitativement la performance de chaque État

⁴⁵ . Cadre de responsabilisation multisectoriel pour accélérer les progrès en vue d'éliminer la tuberculose d'ici 2030. Genève : Organisation mondiale de la santé Organisation mondiale de la santé ; 2019 (https://www.who.int/tb/WHO_Multisectoral_Framework_web.pdf).

membre par rapport aux engagements mondiaux et régionaux. Pour les indicateurs d'impact, l'évolution en pourcentage sera déterminée par rapport aux niveaux de l'année civile précédente et sera codée par couleur en fonction de l'évolution souhaitée en pourcentage par rapport aux jalons et aux cibles de la stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)" et des ODD.

2 : Référence du document :

Cadre d'action régional de la SADC pour la responsabilisation en matière de lutte contre la tuberculose.

3 : Objectif du document

Catalyser le respect par les États membres de la SADC des engagements et résolutions régionaux, continentaux et mondiaux en matière de lutte contre la tuberculose, en suivant les progrès réalisés dans l'adoption des stratégies respectives et en mesurant les indicateurs de performance et les cibles spécifiés.

4 : Le cadre d'action

Engagements et résolutions

1. La déclaration des chefs d'État de la SADC de 2012 sur la tuberculose dans le secteur minier
2. La feuille de route de l'Union africaine de 2012 sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la réponse au sida, à la tuberculose et au paludisme
3. Le Cadre catalytique de l'Union africaine pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030
4. La stratégie de santé de la SADC
5. La stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose
6. L'agenda 2030 pour le développement durable (SDGs)
7. Position commune de l'Afrique sur l'agenda de développement post-2015
8. La réunion de haut niveau des Nations unies sur la tuberculose, 2018

Examens d'évaluation

1. Enquêtes sur la prévalence de la tuberculose ;
2. Examens indépendants des programmes ;
3. Enquêtes sur la résistance aux médicaments antituberculeux ;
4. Enquêtes sur les coûts pour les patients atteints de tuberculose ;
5. Enquêtes sur la couverture sanitaire universelles

Suivi et rapports

1. Transmission des rapports nationaux sur la tuberculose à la base de données mondiale de l'OMS ;
2. Surveillance et rapports
3. Rapports du Secrétariat au Conseil des ministres
4. Rapport du Secrétariat aux chefs d'Etat de la SADC
5. Bulletin annuel de la SADC sur la tuberculose ;
6. Rapport du Secrétariat aux chefs d'Etat de la SADC.
7. Rapports du Secrétariat aux autres organes directeurs

Principales actions

1. Mesure / mise à jour de la charge de référence de la tuberculose, des profils de résistance et des coûts de la tuberculose pour les patients.
2. Renforcer les réseaux de laboratoires de diagnostic de la tuberculose et étendre les accréditations.
3. Mettre en œuvre des tests moléculaires comme première ligne de diagnostic de la tuberculose pour tous les cas présumés.
4. Adopter des régimes de traitement de courte durée, entièrement oraux, pour toutes les formes de tuberculose.
5. Renforcer les interventions intégrées contre la tuberculose et le VIH chez les personnes doublement infectées.
6. Mobiliser des ressources intérieures et extérieures supplémentaires pour la lutte contre la tuberculose.
7. Financer entièrement les principales activités de lutte contre la tuberculose, les produits et les fournitures à partir de sources nationales.
8. Mettre en œuvre des plans de rattrapage pour augmenter les taux de détection des cas de tuberculose et de réussite du traitement.
9. Renforcer la surveillance de la tuberculose : évaluation des normes et des critères, mise en place de systèmes d'enregistrement des faits d'état civil fonctionnels dans les pays, et déploiement de systèmes d'enregistrement et de déclaration électroniques de la tuberculose ;
10. Développer / mettre à jour les normes minimales de la SADC pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose.
11. Rendre opérationnel le cadre de responsabilisation et la carte de pointage de la SADC en matière de tuberculose.

5 : Opérationnalisation du cadre de responsabilisation de la SADC pour mettre fin à la tuberculose

Le Secrétariat de la SADC coordonnera la production d'une carte de score annuelle de la SADC sur la fin de la tuberculose, basée principalement sur les indicateurs clés des ODD et de la fin de la tuberculose, ainsi que sur tout autre indicateur intéressant la région de la SADC, tel que décidé de temps à autre.

- 1) La carte de pointage suivra les deux indicateurs d'impact cardinaux spécifiés dans les ODD et la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose, à savoir *l'incidence de la tuberculose et les décès dus à la tuberculose*, conformément aux cibles et aux étapes fixées dans le cadre des ODD et de la stratégie de lutte contre la tuberculose [Tableau 1]. Les taux absolus de ces indicateurs seront présentés ainsi que le pourcentage de changement de taux d'une année sur l'autre, par pays. Cela permettra d'établir un profil et de quantifier le changement à l'échelle des étapes et des objectifs finaux.

Tableau 1 : Indicateurs d'impact, cibles et jalons des ODD et de la stratégie "Mettre fin à la Tuberculose (End TB)"

	Indicateur	JALONS		CIBLES	
		2020	2025	ODD [2030]	END TB [2035]
1	Réduction du nombre absolu de décès dus à la tuberculose par rapport à 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
2	Réduction du taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015 (%)	20%	50%	80%	90%
3	Proportion de familles souffrant de coûts catastrophiques dus à la tuberculose	0%	0%	0%	0%

- 2) Outre les deux indicateurs d'impact, le cadre permettra également de suivre les principaux indicateurs de résultats et de performance du programme sélectionnés parmi les 10 principaux indicateurs de la stratégie "Mettre fin à la Tuberculose", car il est possible de les générer et d'y accéder chaque année en temps voulu (tableau 2).

Tableau 2 : Indicateurs clés de la stratégie "Mettre fin à la tuberculose"⁴⁶

	Indicateur	Niveau cible recommandé	Principale raison de l'inclusion
1	Couverture du traitement de la TB <i>Nombre de nouveaux cas et de cas de rechute qui ont été notifiés et traités, divisé par le nombre estimé de cas de tuberculose incidents la même année, exprimé en pourcentage.</i>	$\geq 90\%$	Une couverture élevée du traitement approprié est fondamentale pour atteindre les étapes et les objectifs de la stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)". Ensemble, ce sont des indicateurs de suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU).
2	Taux de réussite du traitement de la TB <i>Pourcentage de patients tuberculeux notifiés qui ont été traités avec succès. L'objectif concerne à la fois la tuberculose sensible aux médicaments et la tuberculose résistante aux médicaments, bien que les résultats doivent également être rapportés séparément.</i>	$\geq 90\%$	
3 47	Pourcentage de ménages affectés par la tuberculose qui subissent des coûts catastrophiques à cause de la tuberculose.	0%	Un marqueur clé de la protection contre les risques financiers et de la protection sociale pour les ménages touchés par la tuberculose.

⁴⁶ La stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)", 2015

⁴⁷ L'un des trois indicateurs de haut niveau de la stratégie "Mettre fin à la TB (End TB)", un marqueur clé de la protection contre les risques financiers et de la protection sociale des ménages touchés par la tuberculose.

	<i>Nombre de personnes traitées pour la tuberculose (et leurs ménages) qui subissent des coûts catastrophiques (directs et indirects combinés), divisé par le nombre total de personnes traitées pour la tuberculose.</i>		
4	<p>Pourcentage de patients nouvellement déclarés tuberculeux testés à l'aide des tests rapides recommandés par l'OMS</p> <p><i>Nombre de patients nouvellement déclarés atteints de tuberculose et diagnostiqués à l'aide des tests rapides recommandés par l'OMS, divisé par le nombre total de patients nouvellement déclarés atteints de tuberculose.</i></p>	≥90%	Les tests moléculaires sont plus sensibles et spécifiques que la microscopie.
5	<p>Couverture du TSM chez les nouveaux patients tuberculeux</p> <p><i>Nombre de nouveaux patients tuberculeux avec des résultats de TSM divisé par le nombre de nouveaux cas notifiés la même année, exprimé en pourcentage. La couverture des TSM comprend les résultats des TSM moléculaires (par exemple, Xpert MTB/RIF) ainsi que les résultats des TSM phénotypiques classiques.</i></p>	100%	Les tests de sensibilité aux médicaments sont essentiels pour fournir le traitement adéquat à chaque personne chez qui une tuberculose a été diagnostiquée.
6	<p>Couverture des TSM chez les patients tuberculeux précédemment traités</p>		La couverture par les TSM des cas de tuberculose déjà traités est essentielle pour

	<p>Nombre de patients tuberculeux précédemment traités ayant obtenu des résultats aux TSM divisé par le nombre de cas de tuberculose notifiés précédemment traités au cours de la même année, exprimé en pourcentage. La couverture des TSM comprend les résultats des TSM moléculaires (par exemple Xpert MTB/RIF) ainsi que les résultats des TSM phénotypiques classiques.</p>		<p>déterminer les régimes appropriés de traitement de deuxième ligne.</p>
7	<p>Documentation du statut VIH chez les patients tuberculeux</p> <p><i>Nombre de nouveaux patients tuberculeux et de patients en rechute dont le statut VIH est documenté, divisé par le nombre de nouveaux patients tuberculeux et de patients en rechute notifiés la même année, exprimé en pourcentage.</i></p>	100%	<p>L'un des principaux indicateurs mondiaux utilisés pour suivre les activités de collaboration TB/VIH. La documentation du statut VIH est essentielle pour fournir les meilleurs soins aux patients tuberculeux séropositifs, y compris le traitement antirétroviral.</p>
8	<p>Taux de létalité (TdL)</p> <p><i>Nombre de décès dus à la tuberculose (provenant d'un système national de RV) divisé par le nombre estimé de cas incidents au cours des mêmes années, exprimé en pourcentage.</i></p>	≤5%	<p>Il s'agit d'un indicateur clé pour le suivi des progrès vers les étapes de 2020 et 2025. Un TdL de 6 % est nécessaire pour atteindre l'objectif mondial de réduction des décès et des cas de tuberculose en 2025.</p>

6 : Diffusion et retour d'information

La carte de pointage sera produite chaque année en décembre, après la publication du rapport mondial sur la tuberculose, afin d'améliorer la cohérence des données, et publiée sur le site Internet de la SADC pour un accès facile.

Un résumé des principales conclusions de la carte de pointage sera partagé avec le Conseil des ministres de la santé lors de leurs réunions annuelles.⁵⁵

7 : La carte de score du cadre de responsabilité de la SADC pour l'éradication de la tuberculose : Année spécifiée ⁴⁸

États Membres	Indicateurs										
	Couverture du traitement de la TB :	Taux de réussite du traitement	Taux d'incidence totale de la TB [Estimation pour 100 000 habitants selon le dernier Rapport mondial	Progrès de l'incidence depuis le dernier rapport [Variation en pourcentage par rapport au taux de	Estimation du taux de mortalité de la TB	Progression du taux de mortalité de la tuberculose depuis le dernier rapport [Variation en pourcentage	Couverture des TSM pour les nouveaux cas de tuberculose testés par	Couverture des TSM pour les patients tuberculeux précédemment	Statut VIH documenté chez tous les patients tuberculeux	Proportion de patients séropositifs sous traitement antirétroviral (TAR)	Proportion des dépenses liées à la tuberculose qui sont financées au niveau national

⁴⁸ Source des données : Base de données mondiale sur la tuberculose, http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

			<i>sur la tuberculose]</i>	<i>l'année précédent e].</i>		ge par rapport au taux de l'année précédente]	technologie moléculaire et/ou culture]	t traités			
Angola											
Botswana											
Comores											
RDC											
Eswatini											
Lesotho											
Madagascar											
Malawi											
Maurice											
Mozambique e											
Namibie											

Seychelles											
Afrique du Sud											
R.U. de la Tanzanie											
Zambie											
Zimbabwe											

■ But atteint ou performance en voie d'atteindre l'objectif.
 ■ Performance en bonne voie de réalisation de l'objectif
 ■ Les performances ne sont pas à la hauteur.
 ■ Pas de données

8 : Le guide et les notes explicatives de la fiche d'évaluation du cadre de responsabilité de la SADC pour l'éradication de la tuberculose.

Description de l'indicateur	Vert	Jaune	Rouge
Taux d'incidence estimé de la tuberculose (pour 100 000 habitants) pour l'année en cours	Incidence estimée inférieure à la moyenne mondiale	Incidence estimée supérieure à la moyenne mondiale, mais inférieure à 150/100 000	Incidence estimée à plus de 150/100 000
Variation en % de l'incidence par rapport au rapport de l'année précédente	Baisse d'au moins 4 %	Baisse de 0 à 4 %.	Toute augmentation de l'incidence estimée

Variation en % de l'incidence par rapport au niveau de référence de 2015	Baisse d'au moins 20 %	Baisse de 5 à 20 %.	Augmentation de l'incidence ou diminution de moins de 5 %
Variation en % de la mortalité par rapport à celle du rapport précédent immédiat	Baisse de 5 % ou plus	Baisse de moins de 5 %.	Toute augmentation de la mortalité estimée
Variation en % de la mortalité par rapport au niveau de référence de 2015	Baisse de 35 % ou plus	Baisse de plus de 20% mais de moins de 35%	Augmentation de la mortalité, ou déclin de moins de 20%
Couverture du traitement de la TB	Couverture du traitement de la tuberculose de 90 % ou plus	Couverture du traitement de la tuberculose comprise entre 75 % et moins de 90 %	Couverture du traitement de la tuberculose inférieure à 75 %
Proportion de nouveaux patients tuberculeux et de patients en rechute testés avec des diagnostics rapides au moment du diagnostic	Proportion de personnes testées avec des diagnostics rapides au moment du diagnostic égale ou supérieure à 90 %	Proportion de personnes testées avec des diagnostics rapides au moment du diagnostic inférieure à 90 % mais supérieure à 75 %	La proportion de personnes testées avec des diagnostics rapides au moment du diagnostic est inférieure à 75 %
Pourcentage de cas de tuberculose confirmés bactériologiquement parmi les cas de tuberculose pulmonaire notifiés	Couverture de la confirmation bactériologique 56% ou plus	Couverture de la confirmation bactériologique au moins 50% mais moins de 56%	Couverture de la confirmation bactériologique inférieure à 50%

Couverture des TSM pour les nouveaux cas de tuberculose [Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose testés par technologie moléculaire et/ou culture]	Couverture par le TSM des nouveaux cas de tuberculose d'au moins 90 %.	Couverture par les TSM des nouveaux cas de tuberculose d'au moins 75% mais inférieure à 90%	Couverture par les TSM des nouveaux cas de tuberculose inférieure à 75 %
Proportion de patients précédemment traités avec un résultat de TSM à au moins la rifampicine	Couverture par les TSM des cas précédemment traités d'au moins 90 %.	Couverture par les TSM des cas précédemment traités : au moins 75 % mais moins de 90 %	Couverture par les TSM des cas précédemment traités inférieure à 75%
Taux de réussite du traitement pour les nouveaux cas et les cas de rechute pour la cohorte précédente immédiate	Taux de réussite du traitement de 90 % ou plus	Taux de réussite du traitement d'au moins 80 % mais inférieur à 90 %	Taux de réussite du traitement inférieur à 80 %
Proportion de nouveaux patients tuberculeux et de patients en rechute dont le statut VIH est documenté	Couverture du dépistage du VIH égale ou supérieure à 90 %	Couverture du dépistage du VIH : au moins 75 % mais moins de 90 %	Couverture du dépistage du VIH inférieure à 75%
Proportion de patients tuberculeux séropositifs sous traitement antirétroviral (TAR) [Proportion de patients	Couverture TAR égale ou supérieure à 90%	Couverture TAR au moins 75 % mais moins de 90 %.	Couverture du TAR inférieure à 75 %

tuberculeux séropositifs ayant commencé ou poursuivi un TAR pendant le traitement de la tuberculose]			
Proportion de PVVIH nouvellement inscrites qui ont commencé une thérapie préventive contre la tuberculose (TPT, pour TB preventive therapy)	Couverture de la thérapie préventive contre la tuberculose (TPT) égale ou supérieure à 75%	Couverture de la thérapie préventive contre la tuberculose (TPT) d'au moins 50% mais inférieure à 75%	Couverture de la thérapie préventive contre la tuberculose (TPT) inférieure à 50%
Pourcentage des ménages affectés par la tuberculose qui subissent des coûts catastrophiques à cause de la tuberculose	Réalisation d'une enquête sur les coûts de la tuberculose et atteinte de l'objectif de 0 % de coûts catastrophiques	Enquête sur les coûts de la tuberculose, objectif de 0 % de coûts catastrophiques non atteint	Pas d'enquête sur les coûts de la tuberculose
Proportion des dépenses liées à la tuberculose qui sont financées au niveau national	Dépenses intérieures de l'année précédente immédiate égales ou supérieures à 75 % des dépenses totales de TB	Les dépenses intérieures de l'année précédente immédiate représentent au moins 50 % mais moins de 75 % des dépenses totales de la TB	Les dépenses intérieures de l'année précédente immédiate sont inférieures à 50 % des dépenses totales de la TB



**SADC HOUSE
PLOT NO. 54385
CENTRAL BUSINESS
DISTRICT
PRIVATE BAG 0095
GABORONE,
BOTSWANA**