

Stop TB Partnership

hosted by
UNOPS



TUBERCULOSE

Outil d'estimation de la taille des Populations Clés et Vulnérables



PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH / PRISONNIERS / DÉTENUS
MINEURS / PERSONNES ATTEINTES DE SILICOSE / MIGRANTS
POPULATION NOMADE / DÉPLACÉES À L'INTÉRIEUR DE LEUR PAYS
PERSONNES ÂGÉES / PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES
PERSONNES CONSOMMANT DU TABAC / PEUPLES AUTOCHTONES
PERSONNES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ / PERSONNES LGBTQIA+
PERSONNES AYANT UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL / ENFANTS
RÉFUGIÉS / TRAVAILLEURS DU SEXE / PERSONNEL PÉNITENTIAIRE
PERSONNES HANDICAPÉES / PERSONNES SANS DOMICILE FIXE
PAUVRES EN MILIEU URBAIN / TRAVAILLEURS DE PROXIMITÉ
PERSONNEL HOSPITALIER / AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES
PAUVRES EN MILIEU RURAL / PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH
PRISONNIERS / DÉTENUS / PERSONNES ATTEINTES DE SILICOSE
MINEURS / MIGRANTS / DÉPLACÉES À L'INTÉRIEUR DE LEUR PAYS
**FONT FACE À DES OBSTACLES LIÉS AUX DROITS DE L'HOMME
DANS L'ACCÈS AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE**
PERSONNES ÂGÉES / PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES
PERSONNES CONSOMMANT DU TABAC / PEUPLES AUTOCHTONES
PERSONNES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ / PERSONNES LGBTQIA+
PERSONNES AYANT UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL / ENFANTS
RÉFUGIÉS / TRAVAILLEURS DU SEXE / PERSONNEL PÉNITENTIAIRE
PERSONNES HANDICAPÉES / PERSONNES SANS DOMICILE FIXE
PAUVRES EN MILIEU URBAIN / TRAVAILLEURS DE PROXIMITÉ
PERSONNEL HOSPITALIER / AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES
PAUVRES EN MILIEU RURAL / PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH
PRISONNIERS / DÉTENUS / PERSONNES ATTEINTES DE SILICOSE
MINEURS / MIGRANTS / DÉPLACÉES À L'INTÉRIEUR DE LEUR PAYS
PERSONNES ÂGÉES / PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES
PERSONNES CONSOMMANT DU TABAC / PEUPLES AUTOCHTONES
PERSONNES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ / PERSONNES LGBTQIA+



Table des matières

Remerciements	04
Abréviations	05
Contexte	07
Définitions	08
Introduction	12
Public cible	15
Principes	16
Cadre	18
Rôles et responsabilités	20
Méthodologie	22
Annexe A	33
<i>PCV TB modèle de hiérarchisation</i>	
Annexe B	37
<i>Données et sources disponibles sur les PCV TB</i>	
Annexe c	71
<i>Estimation de la taille de la population pour combler les lacunes dans les données</i>	



Remerciements

Cet outil d'estimation de la taille des populations clés et vulnérables à la tuberculose a été développé par le partenariat Halte à la tuberculose avec le soutien du Fonds mondial par le biais de l'Initiative stratégique. Nous tenons à remercier Rico Gustav, Jean-François Etard et James Malar pour avoir dirigé le développement de l'outil, avec l'aide étroite de Viorel Soltan, Sreenivas Nair, Nnamdi Nwaneri, Nathalie Zorzi, Eliud Wandwalo, Caoimhe Smyth, Augusta Baiden, Ricarda Steele et Stephen John. Des collègues du Fonds mondial, Ed Ngoksin, Hyeyoung Lim et Celeste Garcia Edwards, ainsi que notre collègue de l'Organisation mondiale de la santé, Kerri Viney, ont réalisé l'examen supplémentaire. Nous remercions également toutes les personnes touchées par la tuberculose et les représentants de la société civile – grâce à votre partenariat, tous les outils relatifs à la communauté, aux droits et au genre dans le domaine de la tuberculose ont été élaborés par le partenariat Halte à la tuberculose. En particulier, nous reconnaissons le rôle significatif joué par plus de 160 partenaires de la société civile et des communautés affectées qui ont participé à l'élaboration de cet outil et l'ont validé lors du Sommet communautaire STP à Bangkok en novembre 2022.

Cet outil s'appuie sur les efforts initiaux du Cadre de données pour l'action concernant les populations clés et vulnérables à la tuberculose. Nous reconnaissons également les efforts essentiels fournis par le Groupe de travail sur les populations clés de la tuberculose et de ses partenaires : Peter Mok, Nonna Turusbekova, Lisa Johnston, Colleen Daniels, Alberto Colorado, Abdulai Sesay, Allan Maleche, Maurine Murenga, Ketholie Angami, Vama Jele, Celine Garfield, Lindsay McKenna, Courtney Yuen, Anton Basenko, Babis Sismanidis, Avi Hakim, Charlotte Colvin, Jinkou Zhao, Ed Ngoksin, Eliud Wandwalo, Gilles Cesari, Ezra Tessera et Saman Zamani, entre autres.

Ce document a été conçu par Guillaume Petermann et édité par Michelle Imison.

La traduction de ce document a été réalisée avec le soutien d'Expertise France.



Abréviations

TAR	traitement antirétroviral (pour le VIH)
RSC	renforcement des systèmes et des réponses communautaires
CRG	communauté, droits et genre
ICN	Instance de coordination nationale
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
OSDI	Observatoire des situations de déplacement interne
OIT	Organisation internationale du travail
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
TB-MR	tuberculose multirésistante
S&E	suivi et évaluation
ONG	organisation non gouvernementale
PSN	plan stratégique national
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
MCP	méthodologie de classement participatif
ETP	estimation de la taille de la population
PVVIH	personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
PMNCH	Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PWID	les personnes consommant des drogues injectables
PWUD	personnes qui consomment des drogues
RDS	respondent-driven sampling (échantillonnage guidé par les répondants)

STP	Partenariat Halte à la tuberculose
TLS	time-location sampling (échantillonnage espace-temps)
TB	tuberculose
PCV TB	Populations clés et vulnérables à la tuberculose
TGF	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
ONU	Organisation des Nations unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
ONU-HABITAT	Programme des Nations Unies pour les établissements humains
RHN DE L'ONU	Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose
HCR DE L'ONU	Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
ONUDI	Organisation des Nations unies pour le développement industriel
BNUCAH	Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
HCDH	Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMSA	Organisation mondiale de la santé animale



© Shehzad Noorani



Contexte

La nécessité d'un outil d'estimation de la taille des populations clés et vulnérables à la tuberculose (PCV TB) a émergé du *Plan mondial pour éliminer la tuberculose*¹ du Partenariat Halte à la tuberculose (STP) pour prioriser et atteindre les PCV TB, ainsi que des évaluations des communautés, des droits et du genre (CRG) dans le cadre desquelles les pays ont entrepris des initiatives de hiérarchisation des PCV TB et élaboré des plans d'action CRG TB chiffrés. Pour aider le processus d'établissement des coûts des plans d'action CRG TB et, plus important encore, des plans stratégiques nationaux (PSN) de la tuberculose, il est nécessaire de comprendre le nombre de personnes qui peuvent être caractérisées comme faisant partie des populations clés et vulnérables.

EN SAVOIR PLUS :

1. Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030
<https://omnibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6/en#z-b011>

Le STP, en collaboration avec l'équipe dédiée à la tuberculose du Fonds mondial (TGF), a mené des consultations pour définir ces besoins. Deux études documentaires ont été entreprises simultanément. La première a examiné les informations relatives aux populations clés et vulnérables de la tuberculose, les obstacles qu'elles rencontrent lorsqu'elles tentent d'accéder à des services de santé de qualité et les processus d'opérationnalisation du CRG TB. La deuxième a examiné les méthodes d'estimation de la population qui pourraient être pertinentes pour les PCV TB. Sur la base de ces études documentaires et de ces consultations, une série de méthodologies ont été recommandées et un outil a été élaboré. Le STP a présenté le projet d'outil à plus de 160 partenaires communautaires et de la société civile touchés par la tuberculose lors du sommet communautaire 2022 du STP, afin de recueillir des avis supplémentaires et de valider les principes et les processus qui sous-tendent l'outil. Le TGF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont également apporté leur contribution.



Définitions

ENFANTS

Les êtres humains âgés de moins de dix-huit ans sauf si, en vertu de la loi applicable à l'enfant, la majorité (le statut juridique de l'âge adulte) est atteinte plus tôt.²

COMMUNAUTÉ, DROITS ET GENRE

Le programme Communauté, droit et genre de lutte contre la tuberculose (CRG TB) concerne l'engagement significatif des communautés touchées par la tuberculose dans la réponse à la tuberculose, l'élimination des obstacles sociaux, politiques et juridiques aux services de lutte contre la tuberculose, et l'application ainsi que la promotion des droits de l'homme et des approches de genre dans la planification, la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et la gouvernance des programmes de lutte contre la tuberculose.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES ET DES RÉPONSES COMMUNAUTAIRES

Les RSC sont des interventions qui soutiennent le développement et le renforcement de structures, de mécanismes, de processus et d'acteurs informés, compétents, coordonnés et durables par le biais desquels les membres, les organisations et les groupes communautaires interagissent, coordonnent et apportent leurs réponses aux défis et aux besoins qui affectent leurs communautés.³ Le Renforcement des systèmes communautaires est de plus en plus reconnu parmi les engagements internationaux et les lignes directrices normatives. Toutefois, les interventions dans certains pays visant à renforcer les systèmes communautaires ne sont pas suffisamment reconnues, priorisées, financées ou intégrées dans les plans et budgets nationaux et spécifiques aux maladies.

PERSONNES ÂGÉES

Défini par les Nations Unies comme une personne âgée de plus de 60 ans.⁴

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Toutes les personnes engagées dans un travail dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, y compris les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les professionnels de la santé publique, les techniciens de laboratoire, les techniciens de santé, les techniciens médicaux et non médicaux, les agents de soins personnels, les agents de santé communautaires, les guérisseurs et les praticiens de la médecine traditionnelle.⁵

SANS-ABRISME

L'une des formes les plus aiguës de privation matérielle. Le sans-abrisme se réfère à l'incapacité des personnes à bénéficier d'un logement permanent, ou à une personne qui vit dans un logement gravement inadéquat en raison d'un manque d'accès à un logement minimalement acceptable.⁶

EN SAVOIR PLUS :

- Convention relative aux droits de l'enfant
<https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>
- Dossier technique : Renforcement des systèmes communautaires - période d'allocation 2023-2025
https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_community_systems_technicalbrief_en.pdf
- Personnes âgées
<https://emergency.unhcr.org/entry/43935/older-persons>
- Santé au travail : professionnels de santé
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- Sans-abrisme et ODD
https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/07/SALCEDO_Jesus_Presentation_2-1.pdf



GUIDE LINGUISTIQUE WORDS MATTER

Words Matter est un guide linguistique sur la tuberculose qui encourage l'utilisation d'un langage inclusif, autonomisant et sans stigmatisation et est une ressource utile pour les parties prenantes de la tuberculose.

→ <https://www.stoptb.org/words-matter-language-guide>

PEUPLES AUTOCHTONES

Groupes sociaux et culturels distincts qui partagent des liens ancestraux collectifs avec les terres et les ressources naturelles où ils vivent, qu'ils occupent ou dont ils ont été déplacés. Les terres et les ressources naturelles dont ils dépendent sont inextricablement liées à leur identité, à leur culture et à leurs moyens de subsistance, ainsi qu'à leur bien-être physique et spirituel.⁷

ENGAGEMENT SIGNIFICATIF

Le processus de développement de relations qui permettent aux acteurs concernés de travailler ensemble pour traiter les questions liées à la santé et promouvoir le bien-être afin d'obtenir des impacts et des résultats positifs en matière de santé.⁸ Pour que l'engagement communautaire soit significatif, il doit être soutenu financièrement et inclure la mobilisation et le renforcement des capacités afin de garantir la participation inclusive, informée et coordonnée des personnes atteintes ou ayant survécu à la tuberculose, des personnes affectées par la tuberculose, PCV TB ainsi que de la société civile. Un engagement significatif n'est pas lié uniquement à la prestation de services. Il doit comprendre la participation à la définition des priorités, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi, à l'examen et à l'évaluation de la politique et du programme de lutte contre la tuberculose. L'engagement communautaire comprend également la participation à la défense, aux droits de l'homme, à la création d'une demande et à la responsabilité sociale pour les interventions qui contribuent à la mise en place de systèmes communautaires pour la santé.

MIGRANTS

Les personnes qui se déplacent ou se sont déplacées à travers une frontière internationale ou à l'intérieur d'un État loin de leur lieu de résidence habituel, indépendamment (1) de leur statut juridique ; (2) du caractère volontaire ou involontaire de ce déplacement ; (3) des causes du déplacement ; ou (4) de la durée de leur séjour.⁹

MINEURS

Personnes impliquées dans l'exploitation minière et les carrières industrielles ou artisanales dans des environnements confinés et mal ventilés, exposées à la poussière de silice et elles ont souvent un accès limité aux services de santé et de soutien social.¹⁰

EN SAVOIR PLUS :

- Peuples autochtones
<https://www.worldbank.org/en/topic/indigenouspeoples>
 - Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529>
 - Questions thématiques : Migration
<https://www.un.org/en/global-issues/migration>
 - Myanmar – Extending TB services to hard-to-reach areas: Case study
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/myanmar-case-study_v13751dcf2e-018a-4b3a-afb2-715be3b7e8e0.pdf?sfvrsn=46679259_1&download=true
- Grant to fight TB in southern Africa's mining sector
<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/02/05/grant-to-fight-tb-in-southern-africas-mining-sector>

CLASSEMENT PARTICIPATIF MÉTHODOLOGIE (MCP)

Une approche « méthodes mixtes » de la collecte de données dans laquelle un groupe de participants bien informés est guidé dans la génération de réponses à une question ou à un ensemble de questions spécifiques.

PERSONNES QUI VIVENT DANS LA PAUVRETÉ

Les personnes vivant avec moins de 2 \$ par jour sont considérées comme vivant dans la pauvreté. Les personnes vivant avec moins de 1,25 \$ par jour sont considérées comme vivant dans l'extrême pauvreté.¹¹

PERSONNES ATTEINTES DE DIABÈTE

Personnes atteintes d'une maladie chronique qui affecte la façon dont le corps transforme les aliments en énergie. Une personne vivant avec le diabète qui est également infectée par la tuberculose est plus susceptible de développer la tuberculose que quelqu'un sans diabète.¹²

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine, une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme, en particulier les globules blancs appelés cellules CD4.¹³

PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES

Les personnes qui s'injectent des drogues (à l'exclusion de l'alcool) et celles qui ne s'injectent pas mais partagent des drogues ou du matériel de consommation avec d'autres, inhalent et exhalent de la fumée directement de la bouche d'une autre personne (« shot-gunning »), et vivent ou consomment des drogues avec d'autres dans des conditions d'exiguïté et de mauvaise ventilation.¹⁴

PRISONNIERS/DÉTENUS

Personnes privées de liberté et détenues par l'État dans des institutions.¹⁵ Il peut s'agir de personnes reconnues coupables d'un crime mais aussi de personnes en détention provisoire. Les prisons sont souvent surpeuplées, mal ventilées et manquent de soins médicaux et de nutrition adéquats.¹⁶

RÉFUGIÉS

Personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas retourner dans leur pays d'origine en raison d'une crainte fondée d'être persécutées pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social particulier ou d'opinion politique.¹⁷

JUSTICE SOCIALE

Un concept central de l'égalité et des droits de l'homme qui examine comment ces droits se manifestent dans la vie des individus. Elle vise à corriger les inégalités fondées sur le sexe, la race, la religion, l'âge, l'orientation sexuelle, le statut économique et d'autres caractéristiques. La réalisation de la justice sociale est essentielle dans le domaine des soins de santé pour garantir que tous les individus puissent maintenir leur niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible.

EN SAVOIR PLUS :

11. Academic impact: Addressing poverty
<https://www.un.org/en/academic-impact/addressing-poverty>

12. TB and diabetes
<https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/tb-and-diabetes.html>

13. Health topics: HIV
https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1

14. Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs and Tuberculosis and drug use: Review and update
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605021/>

Tuberculosis and drug use: Review and update
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110742/>

15. Prisons and health
<https://www.who.int/europe/health-topics/prisons-and-health>

16. Organisation and management of health care in prison: Guidelines
<https://rm.coe.int/guidelines-organisation-and-management-of-health-care-in-prisons/168093ae69>

17. Qu'est-ce qu'un réfugié ?
<https://www.unhcr.org/what-is-a-refugee.html>

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES À LA TUBERCULOSE

Définies dans le *Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030*¹⁸ comme des personnes qui :

1. Présentent une exposition accrue à la tuberculose en raison de leur lieu de vie ou de travail : prisonniers, contacts, travailleurs du sexe, mineurs, visiteurs d'hôpitaux, agents de santé et agents de santé communautaires. Il s'agit notamment des personnes qui :

- Vivent dans des bidonvilles urbains
- Vivent dans des espaces mal ventilés ou poussiéreux
- Sont des contacts de personnes atteintes de tuberculose, y compris des enfants
- Vivent ou travaillent dans des environnements surpeuplés
- Travaillent dans des hôpitaux ou sont professionnels de santé
- Sont en contact ou vivent avec du bétail
- Vivent ou travaillent à proximité du bétail ou ingèrent du lait cru ou du sang

2. Ont un accès limité à des services de qualité contre la tuberculose : travailleurs migrants, femmes dans des contextes où les inégalités liées au genre sont importantes, enfants, réfugiés ou personnes déplacées, mineurs et sans-papiers. Il s'agit notamment des personnes qui :

- Proviennent de populations tribales ou de peuples autochtones
- Sont sans abri
- Vivent dans des zones difficiles d'accès
- Vivent en maison de retraite
- Souffrent d'un handicap mental ou physique
- Font face à des obstacles juridiques pour accéder aux soins
- Sont lesbiennes, gays, bisexuels ou transgenres

3. Sont exposés à un risque accru de tuberculose en raison de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent la fonction immunitaire. Il s'agit notamment des personnes qui :

- Vivent avec le VIH
- Souffrent de diabète ou de silicose
- Suivent un traitement immunosuppresseur
- Sont sous-alimentées
- Consomment du tabac
- Souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool
- S'injectent des drogues

EN SAVOIR PLUS :

18. Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030
<https://omibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6/en#z-b011>



AUTRES INFORMATIONS

→ Prisonniers
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_prisoners_spreads.pdf

→ Migrants
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_Mobile_Spreads.pdf

→ Personnes qui consomment des drogues
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_peopleusedrugs_spreads.pdf

→ Peuples autochtones
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/6_27-unops-kpb-indigenous-web.pdf

→ Personnes vivant avec le VIH
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_PLHIV_ENG_WEB.pdf

→ Professionnels de la santé
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_HealthCareWorker_ENG_WEB.pdf

→ Les pauvres des zones urbaines
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_Urban_Spreads.pdf

→ Les populations rurales
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_RuralPopulations_ENG_WEB.pdf

→ Les mineurs
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_miners_spreads.pdf

→ Les enfants
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_children_spreads.pdf

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022676>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022614>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240046832>

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240046764>



Introduction

La tuberculose peut être traitée et soignée, mais elle reste l'une des principales maladies infectieuses mortelles, entraînant chaque jour la mort de 4 400 personnes (dont plus de 700 enfants). La tuberculose reste également la principale cause de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. *Le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030*¹⁹ fournit une feuille de route détaillée pour mettre en œuvre la *Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose*²⁰ et pour mettre fin à la tuberculose d'ici 2030. Cette feuille de route exige que des efforts soient faits pour trouver et traiter toutes les personnes atteintes de tuberculose. L'Initiative stratégique du Fonds mondial visant à trouver les personnes atteintes de tuberculose non identifiées souligne la nécessité d'identifier les personnes les plus vulnérables à la tuberculose et le type d'obstacles que ces personnes rencontrent lorsqu'elles tentent d'accéder aux services de lutte contre la tuberculose, ce qui constitue un élément essentiel de l'initiative *Find. Treat. All.*²¹ En outre, et dans le cadre de l'engagement de ne laisser personne de côté, il est nécessaire de comprendre la tuberculose du point de vue de différentes personnes et de différents groupes et d'adapter les réponses à la tuberculose à leurs besoins et priorités spécifiques. Nous ne parviendrons pas à éradiquer la tuberculose si nous ne nous concentrons pas davantage sur les PCV à la tuberculose, leurs priorités, leurs besoins et les obstacles auxquels elles sont confrontées. Le Rapport mondial sur la tuberculose 2022 de l'OMS met en évidence les difficultés accrues que pose la pandémie de COVID-19 dans la lutte contre la tuberculose. L'impact le plus important du COVID-19 a été la baisse significative des signalements de personnes atteintes de tuberculose, qui ont atteint un pic de 7,1 millions en 2019, mais sont tombées à 5,8 millions en 2020 - un taux qui avait été observé pour la dernière fois en 2012. Plus important encore, le nombre de personnes déclarées décédées de la tuberculose en 2021 a augmenté pour atteindre plus de 1,6 million, contre environ 1,5 million en 2020.²²

La Déclaration politique de la réunion de haut niveau des Nations unies sur la tuberculose de 2018²³ (RHN de l'ONU) a défini des objectifs convenus pour mettre fin à la tuberculose. Il y est notamment question de traiter 40 millions de personnes, dont 3,5 millions d'enfants atteints de tuberculose, d'ici à 2022.²⁴ L'initiative *Find. Treat. All.*²⁵ réitère ces objectifs. Alors que le COVID-19 a eu un impact significatif sur les réponses à la tuberculose, dans de nombreux pays, il a eu un impact disproportionné sur les PCV à la tuberculose, y compris les enfants, avec des taux accrus de pauvreté²⁶ et de marginalisation.²⁷ Conformément à l'engagement de la Déclaration politique issue de la RHN de l'ONU sur la lutte contre la tuberculose de « donner la priorité...aux groupes à haut risque et aux autres personnes vulnérables ou en situation de vulnérabilité »,²⁸ nous devons nous assurer que nous mettons en œuvre des initiatives stratégiques et nuancées en matière de tuberculose qui se concentrent sur la prévention, le diagnostic, le traitement, les soins et le soutien au sein de ces populations prioritaires touchées par la tuberculose.

EN SAVOIR PLUS :

19. The Global Plan to End TB 2023-2030
<https://omnibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-8f27e902a6/en#z-b011>
20. The WHO End TB Strategy
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>
21. WHO DG flagship initiative on ending TB
<https://www.who.int/initiatives/find-treat-all-enttb>
22. Global tuberculosis report 2022
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
23. The second TB HLM will take place on 22 September 2023 and a new Political Declaration with updated targets is expected soon after this date.
24. UN HLM on TB key targets & commitments for 2022
<https://www.stoptb.org/advocacy-and-communications/unhlm-tb-key-targets-and-commitments>
25. WHO DG flagship initiative on ending TB
<https://www.who.int/initiatives/find-treat-all-enttb>
26. COVID-19 leaves a legacy of rising poverty and widening inequality
<https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/covid-19-leaves-legacy-rising-poverty-and-widening-inequality>
27. Impact of COVID-19 on minoritized and marginalized communities
<https://www.ama-assn.org/delivering-care/health-equity/impact-covid-19-minoritized-and-marginalized-communities>
28. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis
https://digitallibrary.un.org/record/1645268/files/A_73_L-4-EN.pdf

Comme nous le savons, de puissantes dynamiques sociales sous-tendent l'épidémie de tuberculose et nous avons besoin d'une réponse globale à la tuberculose qui soit ancrée dans les droits de l'homme universels, qui élimine la stigmatisation et la discrimination liées à la tuberculose, qui transforme les rapports hommes-femmes et qui soit adaptée aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida. Cette approche est essentielle pour trouver, atteindre et traiter toutes les personnes et communautés touchées par la tuberculose. Les facteurs sociaux et culturels influencent fortement le risque de tuberculose et la vulnérabilité des personnes, ainsi que leur capacité à accéder à une prévention, un diagnostic, un traitement, des soins et un soutien de qualité contre la tuberculose. Ces déterminants sociaux sont étroitement liés aux obstacles associés aux droits de l'homme qui sont désormais bien documentés²⁹ dans les domaines thématiques suivants (qui sont également les sept piliers du CRG de la tuberculose) :

1. L'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité et la qualité des médicaments, du diagnostic et des services de soutien pour les PCV à la tuberculose, y compris la protection sociale, la santé mentale et d'autres services de soutien connexes.
2. La stigmatisation et la discrimination, y compris dans les familles, les communautés, les lieux de travail et les établissements de soins de santé, à l'égard des PCV à la tuberculose.
3. Les libertés liées à la santé, y compris le respect de la vie privée et de la confidentialité parmi les PCV à la tuberculose, ainsi que l'accès à l'information dans un format culturellement et linguistiquement approprié.
4. Une programmation sensible au genre pour s'assurer que les obstacles liés au genre sont identifiés et surmontés à l'égard des PCV à la tuberculose.
5. Assurer la participation des PCV à la tuberculose à la planification, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi, à la révision et à la gouvernance des programmes de lutte contre la tuberculose.

6. Permettre des recours juridiques et administratifs, accessibles et utilisables par les PCV à la tuberculose, contre les obstacles liés aux droits de l'homme.
- **Remarque :** Le septième pilier concerne les politiques et programmes stratégiques et percutants à l'égard des PCV à la tuberculose.

Étant donné que ces facteurs sociaux jouent un rôle énorme dans la propagation de l'épidémie de tuberculose, il est essentiel que les réponses à la tuberculose s'étendent au-delà des systèmes de santé et incluent des interventions plus larges qui :

- S'attaquent aux facteurs socio-économiques qui augmentent l'exposition, le risque et la vulnérabilité à la tuberculose et/ou qui influencent le comportement de recherche de santé et les résultats du traitement qui en découlent ;
- Suppriment les obstacles juridiques, culturels, liés aux droits de l'homme et au genre à la prévention, au diagnostic, au traitement, aux soins et au soutien ;
- Créent un environnement propice à la prévention, aux soins et au soutien en matière de tuberculose ;
- Mettent en place des systèmes et des réponses communautaires solides et durables auprès des PCV et des survivants de la tuberculose.

Nous comprenons également que les obstacles liés aux droits de l'homme entravent encore davantage l'accès à la prévention, au diagnostic, au traitement, aux soins et aux services de soutien pour les PCV à la tuberculose. Pour éliminer la tuberculose, il sera essentiel d'atteindre les personnes vulnérables, marginalisées, mal desservies, ou en danger d'infection par la tuberculose ou de développement de la maladie.

EN SAVOIR PLUS :

29. Building the evidence for a rights-based, people-centered, gender-transformative tuberculosis response: An analysis of the Stop TB Partnership community, rights and gender tuberculosis assessment
<https://www.hhrjournal.org/2021/12/building-the-evidence-for-a-rights-based-people-centered-gender-transformative-tuberculosis-response-an-analysis-of-the-stop-tb-partnership-community-rights-and-gender-tuberculosis-assessment/>

Il est impératif, du point de vue de l'épidémiologie, des programmes et de l'équité et des droits de l'homme, que les programmes de lutte contre la tuberculose :

- Donner la priorité à l'élimination de la tuberculose chez les PCV en tant que point d'entrée pour mettre fin à la tuberculose pour tous ;
- Disposer de suffisamment de preuves et d'informations relatives aux PCV à la tuberculose pour une prise de décision efficace et efficiente s'agissant de programmes et de politiques ;
- Veiller à ce que les PCV disposent d'un accès aisé à la prévention, au diagnostic, au traitement, aux soins et au soutien antituberculeux, notamment par le biais des soins primaires et des services de santé intégrés (par exemple, tuberculose et soutien nutritionnel, tuberculose/VIH, tuberculose-diabète, tuberculose et sevrage tabagique) ;
- Comprendre les obstacles sociaux, politiques, juridiques et économiques auxquels les PCV sont confrontées vis-à-vis de l'accès aux services de lutte contre la tuberculose ;
- Impliquer les PCV en tant qu'acteurs prioritaires et partenaires égaux dans la lutte contre la tuberculose ;
- Coordonner et collaborer avec d'autres programmes et ministères axés sur le genre, les droits et le développement.³⁰

Contrairement à ce qui a été fait avec la réponse au VIH, il n'existe pas de liste universellement établie de populations clés prioritaires ; chaque pays a des besoins et des priorités différents relatifs à leurs PCV (bien que dans de nombreux pays il y ait des similitudes dans les PCV identifiées). Il est donc essentiel que les Programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNT), en collaboration avec les communautés touchées par la tuberculose et la société civile, établissent un ordre de priorité pour les PCV à la tuberculose. Cet ordre de priorité doit se concentrer en particulier sur les obstacles liés aux droits de l'homme qui entravent l'accès à des services

de qualité. STP a mis au point un outil pour prendre en charge ce processus.³¹ Bien que le contexte national implique que les ordres de priorités données aux PCV diffèrent, il est recommandé que les personnes vivant avec le VIH et les personnes privées de liberté (par exemple les prisonniers) soient incluses dans la liste des priorités. Il est également important de ne pas supposer que les PCV qui ont été identifiés dans le PSN sont les seuls PCV pertinentes dans un contexte national donné. Cette hiérarchisation des priorités peut aboutir à l'identification de populations similaires, alors que d'autres peuvent également nécessiter une attention particulière. Dans cette optique, il est également important qu'il puisse y avoir des PCV prioritaires situées dans des régions géographiques spécifiques du pays. Même si elles ne se retrouvent pas dans l'ensemble du pays, elles peuvent être incluses dans la liste des priorités pour l'estimation statistique.

Une fois que l'on dispose d'une liste prioritaire des PCV à la tuberculose, il est important de comprendre quelles sont les interventions nécessaires pour atteindre ces populations – afin d'assurer que l'engagement de *Find. Treat. All.* puisse être concrétisé – mais aussi pour comprendre le type de soutien nécessaire pour que ces interventions soient efficaces. Le champ d'application des interventions inclurait celles qui garantissent un engagement et une participation significatifs des PCV à la tuberculose dans la conception, le suivi et l'évaluation des programmes, le soutien par les pairs, la connaissance des traitements, la recherche et le développement, le plaidoyer, la responsabilité et les droits de l'homme. Il est donc important avant tout d'avoir une idée de la taille de la PCV à la tuberculose qui est concernée. Cet outil indique où trouver les estimations de taille des PCV existantes et, lorsqu'elles ne sont pas disponibles, suggère des méthodologies qui peuvent être utilisées pour déterminer les estimations de taille des PCV à la tuberculose prioritaires.

EN SAVOIR PLUS :

30. The global plan to end TB 2023-2030
<https://omnibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6/en#panel-z-9525>

31. Data for action for tuberculosis key, vulnerable and underserved populations
[https://stoptb.org/assets/documents/communities/Data for Action for Tuberculosis Key, Vulnerable and Underserved Populations Sept 2017.pdf](https://stoptb.org/assets/documents/communities/Data%20for%20Action%20for%20Tuberculosis%20Key,%20Vulnerable%20and%20Underserved%20Populations%20Sept%202017.pdf)



Public cible

La mise en œuvre des outils et des processus CRG dans la lutte contre la tuberculose repose sur des partenariats pour avoir un réel impact. Il est nécessaire que les PCV se reconnaissent dans les informations et les actions résultant de l'estimation de la taille des PCV à la tuberculose et, ce qui est tout aussi important, que les preuves dérivées soient prises en charge au niveau national. Le PNLT est donc le premier destinataire de cet outil, tout comme les communautés touchées par la tuberculose – en particulier celles parmi les PCV à la tuberculose – et les partenaires de la société civile dans le pays. Le CRG pour la tuberculose offre l'occasion pour les communautés touchées par la tuberculose, y compris les PCV à la tuberculose et la société civile, de mener des travaux qui ont un impact direct sur leurs circonscriptions – les communautés avec lesquelles elles travaillent et qu'elles représentent. En collaboration avec le PNLT, les communautés touchées et la société civile ont un rôle essentiel à jouer dans la mise en œuvre de cet outil de lutte contre la tuberculose.

Outre les deux publics cibles principaux, cet outil sera également utile aux parties prenantes de la lutte contre la tuberculose et du domaine de la santé au sens large, y compris les prestataires de services de santé dans les secteurs public et privé, les partenaires techniques et les donateurs, ainsi que les universitaires et ceux qui travaillent dans les structures de gouvernance de la santé, y compris l'Instance de coordination nationale (CCM) du TGF.



Principes

1

Cinq principes fondamentaux soulignent l'importance de disposer d'une estimation de la taille des PCV à la tuberculose et le processus par lequel cette estimation doit être réalisée.

FONDÉ SUR LES DROITS DE L'HOMME

Les droits de l'homme, l'équité, la justice sociale et la dignité doivent guider le processus d'estimation de la taille des PCV à la tuberculose. Les PCV sont souvent marginalisées et/ou criminalisées et sont confrontées à des violations des droits de l'homme et à des obstacles disproportionnés. La promotion et la protection de ces droits sont essentielles pour retrouver les personnes atteintes de tuberculose non identifiées et pour les aider à suivre un traitement efficace. Veiller à ce que les droits de l'homme restent au cœur du processus d'estimation de la taille des PCV à la tuberculose peut également contribuer à sensibiliser les parties prenantes et à responsabiliser les PCV à la tuberculose.

2

APPROPRIATION NATIONALE

Le processus et les résultats de l'estimation de la taille des PCV à la tuberculose nécessitent une validation et une appropriation nationales, ce qui signifie que le PNLT doit jouer un rôle central. Grâce à l'appropriation nationale, ces résultats peuvent être utilisés pour renforcer la législation, la politique et les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose afin de garantir une programmation nuancée pour les PCV à la tuberculose et de veiller à ce que les obstacles aux droits de l'homme dans la lutte contre la tuberculose soient identifiés, atténués et supprimés.

3

LUTTE COMMUNAUTAIRE CONTRE LA TUBERCULOSE

Lors de l'utilisation des outils CRG dédiés à la lutte contre la tuberculose, il est essentiel que les communautés touchées par la tuberculose et les PCV aient la possibilité de s'engager, de renforcer leurs capacités et de devenir des partenaires à part entière dans le processus. Les PCV à la tuberculose, les communautés affectées par la tuberculose et la société civile ont un rôle unique à jouer dans l'accès et l'engagement des PCV de la tuberculose dans la réalisation de l'estimation de la taille, mais aussi dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de l'efficacité des politiques et des programmes de lutte contre la tuberculose en réponse aux besoins et aux priorités PCV à la tuberculose.

4

FONDÉ SUR DES DONNÉES PROBANTES

Le processus et les conclusions doivent s'appuyer sur les meilleures données et preuves disponibles, s'inspirer de la recherche objective, de la surveillance nationale et s'intégrer aux valeurs de la PCV à la tuberculose. Dans les cas où des estimations de taille sont nécessaires, des modèles et des approches éprouvés du processus permettent de tirer des conclusions en toute connaissance de cause. Actuellement, de nombreux programmes de lutte contre la tuberculose ne disposent pas d'informations sur les PCV ou les utilisent de façon très limitée. Une politique et une programmation fondées sur des données probantes renforceront les réponses à la tuberculose à l'égard des PCV et aideront les programmes de lutte contre la tuberculose à trouver et à traiter toutes les personnes, y compris celles au sein des PCV. Les PNLT et les parties prenantes, y compris les communautés touchées par la tuberculose et la société civile, ont un rôle clé à jouer dans la concrétisation de ces politiques et programmes.

5

MULTISECTORIEL

Pour atteindre les PCV à la tuberculose, il convient de s'assurer que les différents secteurs et partenaires sont impliqués, que leur expertise est exploitée et que les principaux acteurs et parties prenantes sont responsables de leur rôle dans le renforcement des politiques et programmes de lutte contre la tuberculose et de l'engagement des PCV à la tuberculose. Cette stratégie favorise également l'appropriation et assure la durabilité des interventions ciblant les PCV à la tuberculose.



Cadre

Le cadre de l'estimation de la taille des PCV à la tuberculose repose sur trois piliers, ainsi que sur les cinq principes directeurs décrits dans la section précédente.

Le premier pilier du cadre, « Identifier et hiérarchiser », souligne l'importance d'identifier et de hiérarchiser les PCV à la tuberculose pour un contexte national particulier, et de veiller à ce que les stratégies, politiques, programmes et réponses à la tuberculose soient améliorés et nuancés afin de mieux répondre aux besoins et aux expériences de certaines PCV. L'identification et la hiérarchisation des PCV à la tuberculose exigent que l'on s'intéresse à trois sous-ensembles d'enquêtes :

- Dresser une liste des populations susceptibles d'être marginalisées, privées de leurs droits ou vulnérables, et analyser plusieurs déterminants sociaux, notamment en explorant les risques de tuberculose que chacun de ces groupes présentent (environnements dans lesquels les personnes vivent et travaillent ; facteurs biologiques liés à une immunité réduite ; facteurs comportementaux ; limites à l'accès aux services, qui peuvent être d'ordre juridique, médical, social ou économique).
- Lister et analyser les facteurs de risque de tuberculose, y compris ceux qui peuvent être juridiques et économiques (comme la criminalisation et la pauvreté) et ceux qui sont liés aux droits de l'homme et au genre (comme la stigmatisation et la discrimination) pour la liste longue des PCV à la tuberculose identifiées lors de la première étape.
- Triangulation des risques de tuberculose et des facteurs de risque de tuberculose qui ont le plus d'impact sur les efforts de dépistage, de prévention, de traitement et de soutien des personnes atteintes de

- tuberculose. Après avoir analysé les risques et les facteurs de risque de la tuberculose, les partenaires nationaux établiront une liste restreinte de PCV à la tuberculose prioritaires (probablement au moins six PCV à la tuberculose au total). Il ne s'agit pas de valoriser certaines PCV à la tuberculose par rapport à d'autres, mais d'accorder plus d'attention à celles qui ont été identifiées comme présentant les vulnérabilités les plus importantes.
- La validation ultérieure des résultats de l'estimation de la taille des PCV à la tuberculose par les parties prenantes, y compris le PNL, contribue à légitimer ses conclusions. Le fait que les outils juridiques et sexospécifiques relatifs à la tuberculose appliqués dans le cadre de ce processus génèrent également leur propre base de données renforce cette légitimité, ouvrant la voie à des estimations plus précises et à une plus grande motivation politique pour répondre aux besoins spécifiques de ces populations à l'avenir.

Le deuxième pilier du cadre est appliqué à cette liste restreinte de PCV à la tuberculose. Pour « apprendre et comprendre », les données existantes sont collectées, compilées et ventilées par PCV à la tuberculose, et les lacunes au niveau des données sont identifiées. Pour certaines populations, il existe déjà des données complètes qui peuvent être utilisées. Une enquête approfondie et une étude documentaire permettront de combler de nombreuses lacunes en matière de données. Pour d'autres, des techniques et des méthodologies de collecte de données supplémentaires devront être appliquées pour s'assurer que les estimations de la taille puissent être effectuées pour toutes les PCV à la tuberculose présélectionnées classés comme prioritaires par les partenaires nationaux.

Le troisième pilier de ce cadre est « Agir et s'améliorer ». Grâce à ce processus, l'estimation de la taille des PCV à la tuberculose prioritaires permet de renforcer la mobilisation politique, l'allocation des ressources, l'examen et la réforme des lois et des politiques, la planification des services et des programmes, la gouvernance des programmes, la représentation et l'expertise, le suivi et l'évaluation, ainsi que la politique sociale et de santé publique. En substance, toutes les PCV à la tuberculose qui ont été classées comme prioritaires doivent figurer dans le PSN. Cette inclusion devrait s'accompagner d'interventions spécifiques pour le dépistage, le diagnostic, le traitement, les soins et le soutien à la prévention de la tuberculose – y compris des interventions visant à atténuer et à surmonter les obstacles liés aux droits de l'homme identifiés – ainsi que des indicateurs de budget et de suivi qui correspondent à la taille de la population et à ses circonstances uniques. Cette action sera à la fois le produit d'un engagement et d'une mobilisation politiques renforcés et y contribuera. Le processus d'estimation de la taille complète l'élaboration d'un plan d'action chiffré du CRG,³² que les pays sont aidés à élaborer en fonction de leur propre contexte. Grâce à ce processus, les pays investissent davantage dans leurs PSN et avec une plus grande nuance au niveau des PCV à la tuberculose, d'où l'importance de l'outil d'estimation de la taille.

Grâce à l'application de ce cadre, les réponses à la tuberculose évolueront pour répondre aux besoins des PCV à la tuberculose, avec une allocation des ressources fondée sur des preuves, un suivi et une évaluation plus ciblés et, en fin de compte, une contribution claire à la recherche et au traitement des personnes atteintes de tuberculose – en l'occurrence, celles qui sont trop souvent laissées pour compte. Les méthodes et processus détaillés sont décrits ci-après.

CADRE RELATIF À L'ESTIMATION DE LA TAILLE DES PCV



1

IDENTIFIER ET HIÉRARCHISER

- Risques de tuberculose, facteurs de risque de tuberculose, obstacles aux services antituberculeux pour les PCV
- Participation associant de multiples acteurs
- Hiérarchisation des PCV à la tuberculose



2

APPRENDRE ET COMPRENDRE

- Recueillir les données disponibles sur les PCV
- Identifier les lacunes au niveau des données et des informations
- Comblent les lacunes grâce à la méthodologie d'estimation de la taille des PCV à la tuberculose



3

AGIR ET S'AMÉLIORER

- Mobilisation politique
- Passage en revue des stratégies, des politiques et des programmes
- Réaffectation des ressources
- Planification, mise en œuvre et fourniture de services et de programmes
- Suivi, évaluation et apprentissage

EN SAVOIR PLUS :

32. TB CRG Costed Action Plan development guidance
<https://www.stoptb.org/tb-crg-costed-action-plan-development-guidance>



Rôles et responsabilités

Plusieurs partenaires ont un rôle important et défini dans la mise en œuvre de l'outil d'estimation de la taille des PCV à la tuberculose.

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Il fournit des orientations stratégiques et techniques, donne accès aux données, fait partie de l'équipe de coordination du groupe restreint, accélère le processus de validation et s'engage à intégrer les résultats dans le PSN et les documents et/ou processus connexes. Le PNLT peut convoquer ce processus et travailler en étroite collaboration avec le principal partenaire de la société civile, y compris les représentants des PCV à la tuberculose, afin de faciliter un processus engagé et efficace. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du principe de l'appropriation nationale.

ORGANISATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE PRINCIPALE

L'approche établie pour les outils CRG de lutte contre la tuberculose (évaluation du CRG TB, évaluation de la stigmatisation de la tuberculose, surveillance communautaire de la tuberculose) est un partenariat entre le PNLT et une organisation de la société civile et/ou une organisation de survivants de la tuberculose. L'organisation choisie pour diriger ce processus doit avoir l'expérience du travail avec le CRG TB. Conformément à l'approche adoptée pour les outils CRG TB, l'estimation de la taille des PCV à la tuberculose doit être menée par une organisation de la société civile, mais en étroite collaboration avec le PNLT et d'autres partenaires/bailleurs de fonds (comme l'OMS, l'USAID, etc.). L'organisation chef de file sera chargée d'identifier le consultant principal, d'impliquer les autres partenaires et parties prenantes du PNLT, de convoquer le processus, d'organiser les ateliers de conception, de hiérarchisation et de validation, et d'assurer le suivi pour veiller à ce que les conclusions soient adoptées et mises en œuvre. Au cours de la mise en œuvre de l'outil d'estimation de la taille des PCV à la tuberculose, l'organisation chef de file s'efforcera également de coordonner le groupe central. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du principe de l'initiative communautaire.

BUREAU DE PAYS DE L'OMS

Le Bureau de pays de l'OMS, qui soutient déjà les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, peut tirer parti de son soutien au PNLT et aux partenaires lors du processus d'estimation de la taille. Le Bureau du pays peut contribuer à l'exercice de hiérarchisation, à l'étude documentaire et à la validation des estimations de la taille des PCV à la tuberculose en les reliant aux processus et enquêtes existants, tels que les examens épidémiologiques des données nationales de surveillance de la tuberculose, les enquêtes sur la prévalence de la tuberculose, les enquêtes sur les coûts catastrophiques, les examens du programme de lutte contre la tuberculose, l'élaboration du PSN, etc.

PCV TB

Comme cet outil se concentre spécifiquement sur les expériences des PCV à la tuberculose et que ses résultats sont destinés à faciliter la mise en œuvre d'interventions fondées sur des preuves qui aident à trouver et à traiter tous les PCV à la tuberculose hiérarchisées comme prioritaires, il est essentiel que les représentants des groupes de PCV à la tuberculose soient impliqués tout au long du processus – en particulier lors de l'exercice de hiérarchisation des PCV à la tuberculose. Cette démarche s'inscrit dans le cadre des principes des droits humains et de l'équité.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ ET SOCIÉTÉ CIVILE AU SENS LARGE

Pour garantir l'inclusion et une large participation, il est important que les prestataires de services de santé, les praticiens et les organisations de la société civile travaillant dans le domaine de la prestation de services, de la législation et de la défense des droits soient également impliqués dans le processus d'estimation de la taille des PCV TB, y compris lors des ateliers de conception, de hiérarchisation et de validation.

AUTRES SERVICES GOUVERNEMENTAUX

Il existe des secteurs spécifiques du gouvernement qui ont des mandats pertinents et qui s'engagent auprès de différents PCV TB, et ils doivent être impliqués dans ce processus – en particulier ceux qui sont amenés à travailler avec les PCV TB hiérarchisées comme prioritaires. Il peut s'agir d'autres programmes du ministère de la santé ou d'autres ministères, tels que ceux de la justice, des migrations, de l'industrie, de l'agriculture, de l'élevage, du développement rural et des populations autochtones, entre autres.

EXPERT EN DONNÉES SUR LA TAILLE DE LA POPULATION

Pour une mise en œuvre efficace, cet outil nécessite une expertise en matière de données, de taille de population, d'épidémiologie et de santé publique (y compris une bonne connaissance des méthodes et des approches présentées à l'annexe C). Expert ayant de l'expérience dans la réalisation d'estimations de la taille de la population et connaissant les outils, les méthodes et les processus pour les mener sera un acteur important dans la mise en œuvre de cet outil. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du principe de l'utilisation de données probantes.

GROUPE RESTREINT

Un groupe multisectoriel de partenaires (y compris le PNLT, la société civile, les communautés touchées, les universités, les ministères qui travaillent avec les PCV TB, les prestataires de services de santé, les partenaires techniques, les organismes donateurs, un expert juridique, les représentants des ICN et d'autres) devra superviser collectivement et s'engager dans la mise en œuvre de l'outil d'estimation de la taille des PCV TB. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du principe de multisectorialité.



Méthodologie

Un processus en six étapes est nécessaire pour mettre en œuvre l'outil d'estimation de la taille des PCV TB au niveau national.

La première étape consiste à organiser une réunion initiale multipartite au cours de laquelle les partenaires sont informés de l'objectif et du processus. Dans la deuxième étape, les PCV TB sont analysées et classées par ordre de priorité au niveau national, puis approuvées. La troisième étape consiste à examiner les sources de données liées à chacune des PCV TB qui ont été classées comme prioritaires. Cette étape permettra également d'identifier les lacunes importantes en matière de données. À la quatrième étape, les pays partenaires s'efforceront de combler les lacunes identifiées en matière de données en appliquant d'autres méthodes de collecte de données pertinentes pour la ou les populations respectives. La cinquième étape consiste à valider les données d'estimation de la taille des PCV TB. La sixième étape consiste à intégrer et à utiliser les estimations de la taille des PCV TB dans les PSN et les systèmes nationaux de données sur la tuberculose.

Il faut également s'efforcer de réviser les lois et les politiques pertinentes ou d'entreprendre une évaluation de la CRG sur la base du choix des populations prioritaires, afin d'identifier les domaines de réforme des lois et des politiques susceptibles d'améliorer l'accès aux services, parallèlement aux processus de (ré)affectation des ressources, de mobilisation politique et de renforcement de l'engagement des PCV TB en tant que contributeurs à la recherche et au traitement des personnes disparues atteintes de tuberculose.

1

RÉUNION INITIALE

L'estimation de la taille des PCV TB est un outil du CRG TB. Pour mettre en œuvre un outil CRG TB, le processus commence par une réunion initiale. Cet événement, organisé par l'organisation principale de la société civile en partenariat avec le PNLT, rassemble des parties prenantes de différents organismes gouvernementaux, de la société civile, du monde universitaire, des prestataires de services et des communautés touchées, y compris celles énumérées dans la section « Rôles et responsabilités » ci-dessus. Il peut s'agir d'une réunion spécifiquement organisée ou d'une autre occasion où les parties prenantes sont déjà présentes. Les participants seront guidés dans le but et le processus d'estimation de la taille des PCV TB – compréhension des buts et objectifs, étapes du processus, rôles des différents partenaires – et parviendront à une compréhension commune du calendrier et de la manière dont les résultats seront mis en œuvre. Avant la réunion, l'organisation de la société civile principale doit recruter un consultant en estimation de la taille de la population (voir « Rôles et responsabilités » dans la section précédente). Le consultant doit avoir une expertise en matière de données, d'épidémiologie et de santé publique (y compris les méthodologies et les approches présentées à l'annexe C). Le consultant peut jouer un rôle de facilitateur lors de la réunion de lancement et fournir des informations sur le processus (y compris les six étapes décrites dans le présent processus pour la mise en œuvre de l'outil).

Le PNLT et le partenaire principal de la société civile, en tant que convocateurs et organisateurs conjoints de cette réunion de lancement, détermineront un lieu et établiront une liste de participants et un ordre du jour. Le résultat attendu de la réunion de lancement est un accord général sur la nécessité d'une estimation de la taille des PCV TB, et la formation d'un groupe de base (voir « Rôles et responsabilités » dans la section précédente) pour superviser le processus, et un calendrier convenu. Le Groupe restreint sera composé du PNLT, des principaux partenaires de la société civile et des représentants stratégiques des autres parties prenantes, comme indiqué dans la section précédente. Le Groupe restreint s'engagera à respecter le calendrier convenu pour exécuter les étapes restantes de l'estimation de la taille des PCV TB. La réunion de démarrage doit également être l'occasion pour le PNLT d'informer tous les partenaires de la situation de la tuberculose dans le pays et pour l'organisation de la société civile responsable de la lutte contre la tuberculose de sensibiliser les participants aux outils du CRG TB, aux obstacles et aux données probantes sur les PCV TB en général.

2

PRIORITISATION DES PCV TB

La hiérarchisation doit explorer les obstacles liés aux droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé, afin de comprendre la vulnérabilité des différents groupes de personnes à l'égard des maladies tuberculeuses – c'est-à-dire les risques de tuberculose, les facteurs de risque de tuberculose et les obstacles à l'accès à des services de qualité. Cette étape du processus utilise une méthodologie de classement participative (MCP) – une approche « méthodes mixtes » de la collecte de données dans laquelle un groupe de participants bien informés est guidé dans la génération de réponses à une question ou à un ensemble de questions spécifiques. Cette méthodologie favorise un processus engagé et participatif qui met rapidement en évidence les principales conclusions tout en offrant la possibilité d'une analyse plus approfondie.³³ Lorsqu'elles sont collectées de manière structurée, les conclusions de la MCP peuvent être rapidement synthétisées pour définir au mieux les priorités.

L'exercice de hiérarchisation sera mené au cours d'un atelier organisé par l'organisation principale de la société civile de la tuberculose, et le groupe des parties prenantes conviendra d'une longue liste de PCV TB (qui pourrait être basée sur la liste indicative fournie dans le modèle de hiérarchisation (annexée A)).³⁴ La liste sera évaluée à l'aide du modèle fourni à l'annexée A. Les PCV TB possibles comprennent, sans toutefois s'y limiter, les prisonniers et les personnes privées de liberté ; et les personnes vivant avec le VIH (toutes deux recommandées comme PCV prioritaires) ; les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les populations mobiles ; les consommateurs de drogues ; les travailleurs de la santé et les bénévoles de la santé communautaire ; les enfants ; les diabétiques ; les pauvres vivant en zone urbaine et les personnes vivant dans des bidonvilles ; les contacts avec la tuberculose ; les personnes âgées ; et les mineurs et les personnes atteintes de silicose. Comme les PCV TB varient selon les contextes, il se peut que des PCV ne figurant pas dans la liste indicative de l'annexée A puissent être prises en considération pour être incluses. Il est prévu qu'une liste de 20 PCV TB au maximum soit établie par consensus au cours de l'atelier. Il convient de noter qu'une PCV peut être considérée comme prioritaire même si les personnes qui s'identifient comme faisant partie de cette PCV spécifique ne se trouvent que dans certaines régions géographiques ou ont une représentation infranationale.

EN SAVOIR PLUS :

33. Participative ranking methodology
<http://www.cpcnetwork.org/research/methodology/participative-ranking-methodology/>

34. Les PCV TB figurant sur la liste indicative de l'annexée A ont été documentés par le STP comme étant fréquemment prioritaires dans de nombreux pays.

Comme mentionné, les PCV TB identifiées seront évaluées en fonction de six catégories :

- 1. Risques environnementaux :** surpeuplement, mauvaise ventilation, point chaud des maladies zoonotiques, industries de la poussière
- 2. Risques biologiques :** immunité réduite, faible niveau de nutrition
- 3. Traits comportementaux :** actions, y compris le partage dispositifs à fumer
- 4. Obstacles juridiques :** statut juridique, criminalisation, discrimination
- 5. Obstacles socioculturels :** alphabétisation, genre, religion, normes patriarcales/matriarcales, travail, responsabilités domestiques
- 6. Obstacles économiques :** Pauvreté

Chaque PCV TB figurant sur la liste sera évaluée sur une échelle de notation (0-10) dans chaque catégorie, 10 correspondant à la probabilité la plus élevée qu'une population soit confrontée au risque. L'exercice d'évaluation est mené en petits groupes qui, à l'aide de l'approche MCP, évaluent les PCV TB listées et établissent une liste restreinte de PCV classées comme prioritaires (en principe, environ six PCV). Le groupe plus large se réunira à nouveau et chaque groupe présentera sa liste restreinte de PCV TB prioritaires. Guidé par l'approche MCP, l'ensemble du groupe discutera et, sur la base des scores cumulés, des classements et des justifications fournis par chaque petit groupe, décidera ensemble de la liste finale des PCV TB classées comme prioritaires (encore une fois, la liste comportera probablement environ six PCV TB). Ce processus de priorisation n'a pas pour but de valoriser certains PCV TB par rapport à d'autres, mais d'attirer l'attention sur celles qui sont les plus vulnérables – une attention qui peut influencer la trajectoire de l'épidémie de tuberculose dans le pays. Au cours de cette étape, il est important que l'animateur de l'atelier documente la justification de l'établissement des priorités pour chaque PCV TB évoquée.

3

ÉTUDE DOCUMENTAIRE

Le fait de documenter la taille de chacune des populations prioritaires présélectionnées contribuera à garantir une politique et une programmation de la lutte contre la tuberculose fondées sur des données probantes. Une étude documentaire complète doit être entreprise par le consultant en estimation de la taille de la population afin de synthétiser les données et les informations disponibles pour éclairer et contribuer directement à l'estimation de la taille. Le consultant doit produire une analyse documentaire complète structurée autour des risques et des vulnérabilités de chaque PCV TB. Il existe de nombreuses sources de données sur les PCV TB aux niveaux national et mondial (y compris les données de surveillance nationale de la tuberculose, les données issues d'enquêtes et la recherche opérationnelle). Le consultant doit examiner et rassembler les données pour l'estimation de la taille des PCV TB au niveau national. Idéalement, cette analyse devrait également inclure des données ventilées par âge et sexe, ainsi que par localité infranationale si possible. Les sources de données existantes sur les PCV TB sont décrites à l'annexe B.

Au cours de cet exercice, il est recommandé de prendre en compte les sources de données mondiales et gouvernementales (nationales et infranationales), ainsi que les informations émanant du monde universitaire et de la société civile, relatives à chacune des PCV TB prioritaires. Toute limitation relevée au cours de cette analyse doit être documentée. Pour bon nombre des PCV TB classées comme prioritaires, des données d'estimation de leur taille peuvent déjà exister, par exemple pour les personnes privées de liberté (par exemple les prisonniers) ou les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Dans ce cas, il est judicieux d'importer ou d'utiliser des estimations de taille existantes et de ne pas reproduire le processus. Bien qu'il existe peut-être déjà des estimations de taille, il sera important de s'assurer qu'elles sont disponibles et utilisées dans le cadre de la riposte nationale à la tuberculose.

Le tableau suivant peut être utilisé pour cartographier les résultats de l'analyse documentaire.

— Modèle pour les résultats de l'examen documentaire des données et informations existantes sur les PCV TB

PCV classées comme prioritaires	1	2	3	4	5	6
Taille estimée de la PCV (ventilée par âge et sexe) Remarque : si les données sont disponibles, incluez le nombre de personnes atteintes de tuberculose dans cette population.						
Source des données						
Où elles sont concentrées (géographiquement) Remarque : spécifiez les zones géographiques infranationales pertinentes.						
Quels sont leurs principaux risques de tuberculose et les facteurs connexes ?						
Quels sont leurs défis en matière de diagnostic, de prévention, de traitement et de soins de la tuberculose ?						
Quels services antituberculeux sont nécessaires pour améliorer l'accès ?						
Services disponibles						
Lacunes à combler						

S'il subsiste des lacunes dans les données relatives aux PCV TB, d'autres méthodes d'estimation de la taille peuvent être utilisées, comme expliqué en détail ci-après.

4

AUTRES MÉTHODES D'ESTIMATION DE LA TAILLE DES PCV TB

Cette étape n'est appliquée que si des lacunes subsistent après l'étape 3 et nécessite des compétences en matière de collecte de données. Il est essentiel que l'expert en données/le consultant soit familiarisé avec les méthodologies et les approches décrites en détail à l'annexe C.

Il n'existe pas de méthode standard pour l'estimation de la taille de la population (ETP), mais la qualité des estimations peut être améliorée en utilisant des méthodes empiriques, de multiples sources de données et des concepts statistiques solides. Une collection spéciale d'articles dans le *JMIR Public Health and Surveillance*³⁵ a été publiée sous le titre « Key Population Size Estimations », et peut aider à guider ce processus. Cependant, les ETP rapportées sont souvent basées sur des méthodes qui ne sont ni empiriques (fondées sur une observation ou une mesure scientifique et systématique), ni normalisées, et qui ne sont pas bien documentées. Il existe deux approches importantes qui peuvent soutenir la collecte de données pour combler les lacunes identifiées par l'examen documentaire : l'échantillonnage des populations clés (en particulier celles sans bases d'échantillonnage)³⁶ et l'estimation de la taille des populations clés par le biais d'exercices d'ETP spécifiques.

Idéalement, l'objectif est de pouvoir collecter des données auprès d'une proportion beaucoup plus faible d'une population et, en raison de la manière dont les données sont collectées, que les informations tirées de ces données décrivent l'ensemble de la population échantillonnée (et pas seulement l'échantillon). Les méthodes d'échantillonnage sont classées en deux catégories : probabilités (échantillonnage guidé par les répondants (RDS) ou échantillonnage espace-temps (TLS) ou non probabilités (sélection non aléatoire telle que l'échantillonnage par commodité, jugement et quota). Cet outil décrit plusieurs approches d'échantillonnage établies, notamment l'échantillonnage aléatoire simple, l'échantillonnage systématique, l'échantillonnage stratifié, l'échantillonnage en grappes, l'échantillonnage par référence en chaîne et les enquêtes institutionnelles. De plus amples informations sur ces approches et des liens utiles sont fournis à l'annexe C. Chaque méthode a ses points forts, mais aussi ses défis et ses limites – c'est pourquoi une combinaison d'approches peut s'avérer nécessaire dans certains cas.

Si l'on prend l'exemple des sans-papiers et des mineurs artisanaux, une combinaison de RDS et de TLS serait recommandée.

Le type de population clé et l'existence ou non d'une base de sondage (voir annexe C) déterminent la méthode d'échantillonnage la plus cohérente à utiliser. Le tableau ci-dessous propose la méthode d'échantillonnage la plus appropriée pour chacune des PCV TB présentées dans ce document.

— Aperçu des méthodes d'échantillonnage pour différentes PCV TB

Population clé	Méthode d'échantillonnage spécifique	Remarques
Migrants et réfugiés documentés dans les camps (cadre d'échantillonnage)	Échantillonnage de tous les migrants (recensement), échantillonnage aléatoire	Souvent capturés lors d'un contrôle à la sortie ou au retour d'un pays
Migrants irréguliers sans-papiers et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (pas de cadre d'échantillonnage)	RDS, TLS	Comme décrit dans la section 5, les données sur les migrants internes et les personnes déplacées à l'intérieur du pays sont largement absentes. Dans certains contextes, ils font souvent l'objet d'un contrôle dans les camps officiels ou les communautés d'accueil.
Mineurs du secteur formel ou syndiqués (cadre d'échantillonnage)	Échantillonnage de tous les migrants (recensement), échantillonnage aléatoire	Souvent contrôlés lors de leur travail dans les mines
Mineurs du secteur informel ou non syndiqués (pas de cadre d'échantillonnage)	RDS, TLS	Habituellement échantillonnés à l'aide de méthodes de commodité
Prisonniers (en supposant qu'il existe un cadre d'échantillonnage)	Échantillonnage de tous les prisonniers, échantillonnage aléatoire	Souvent contrôlés en prison ; méthodes qualitatives
Détenus (en supposant qu'il existe un cadre d'échantillonnage)	Échantillonnage aléatoire	Souvent contrôlés en détention ; méthodes qualitatives
Les personnes qui consomment des drogues	RDS, TLS	Données limitées sur la tuberculose
PVVIH	RDS, TLS	Souvent dépistés pour la tuberculose dans les cliniques et les hôpitaux (mais sans tenir compte de ceux qui ne se rendent pas dans les cliniques)

L'annexe C comprend un algorithme d'échantillonnage pour aider le consultant à déterminer les approches qu'il doit utiliser pour recueillir des données supplémentaires sur les PCV TB et effectuer l'estimation de la taille. Une fois que le consultant a identifié l'approche la plus appropriée, il doit informer le Groupe restreint. Cet algorithme est complété par des conseils sur les considérations d'échantillonnage (par exemple, le sexe, le comportement à risque et l'âge) ainsi que par des informations sur les types d'approches d'estimation de la taille qui peuvent être utilisés (par exemple, la cartographie de recensement, les méthodes de multiplicateur et l'échantillonnage successif). Pour plus d'informations sur les méthodologies recommandées pour les différentes estimations de la taille des PCV TB, voir l'annexe C.

EN SAVOIR PLUS :

35. CDC theme issue 2018: Key population size estimations <https://publichealth.jmir.org/themes/578-cdc-theme-issue-2018-key-population-size-estimations>

Sampling key populations for HIV surveillance: Results from eight cross-sectional studies using respondent-driven sampling and venue-based snowball sampling, Assessing bias in population size estimates among hidden populations when using the service multiplier method combined with respondent-driven sampling surveys: Survey study <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325001/>

Capture-recapture methods – useful or misleading? <https://academic.oup.com/ije/article/30/1/12/619016>

36. Reportez-vous à l'annexe C pour plus de détails.

5

VALIDATION DES RÉSULTATS

La validation des estimations de la taille des PCV TB doit impliquer les parties prenantes qui ont participé à la réunion initiale et aux ateliers de hiérarchisation. Avant la réunion de validation, il est important d'envoyer les estimations de la taille des PCV TB et les hypothèses connexes à ces parties prenantes. Dans de nombreux cas, il serait également utile d'organiser des réunions d'information en personne avec les parties prenantes, afin de s'assurer que les estimations produites sont comprises et soutenues. La réunion de validation peut se dérouler en plusieurs étapes : réflexion sur l'établissement des priorités, partage des conclusions et examen des implications pour la planification opérationnelle :

- Organiser des réunions d'information préalables avec le PNLT, les ministères concernés et d'autres partenaires pertinents pour la PCV TB concernée (tels que les représentants des groupes de PCV TB, le bureau national de l'OMS, l'USAID et l'ICN) afin de les informer des progrès accomplis depuis la tenue de l'atelier de priorisation
- Décrire la justification, le processus et les résultats de l'exercice de hiérarchisation des PCV TB
- Partager les conclusions de l'étude documentaire et des exercices d'estimation de la taille en incluant les éléments suivants :
 - L'étude de la documentation sur les risques et la vulnérabilité relative aux PCV TB classées comme prioritaires
 - Les données existantes sur les PCV TB classées comme prioritaires
 - L'estimation de la taille de chaque PCV TB classée comme prioritaire
- Rechercher un accord par consensus ou sans objection des principales parties prenantes participant à cet exercice
- Procéder à une planification active afin de rendre opérationnelles les interventions pour les PCV TB classées comme prioritaires, en s'inspirant des piliers ou des domaines d'intervention du PSN ainsi que des domaines thématiques du plan d'action chiffré du CRG TB
- Continuer à travailler pour améliorer la compréhension et la précision des données d'estimation de la taille des PCV TB et l'impact de la tuberculose sur les groupes classés comme prioritaires

L'objectif de cette étape est de valider les estimations et de développer des idées claires pour renforcer les efforts d'engagement et d'adaptation des interventions aux besoins des PCV TB en ce qui concerne les lois, les politiques, la prestation de services et la budgétisation.

6

UTILISATION DES DONNÉES POUR LA PLANIFICATION

Le *Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030*³⁷ appelle les pays à développer des PSN ambitieux et fondés sur les besoins. Alors que les pays visent à détecter 90 % des personnes atteintes de tuberculose, il est très important de s'assurer que les PCV TB fassent partie de ces 90 %. Il est très probable que, faute de planification et de mise en œuvre d'interventions ciblées, les programmes de lutte contre la tuberculose ne parviennent pas à atteindre les membres des PCV TB. Le STP a mis au point un outil visant à aider les pays à élaborer des plans d'action nationaux chiffrés du CRG TB. L'intégration du plan d'action du CRG TB dans le budget du PSN nécessite une compréhension de l'ampleur et de la répartition des PCV TB - les estimations de la taille des PCV TB seront donc nécessaires pour l'établissement du budget du PSN.

Il est également essentiel de connaître la taille et la répartition (dans les différentes régions du pays) des PCV TB pour planifier des interventions ciblées telles que la recherche active de cas, les soins aux communautés, le soutien social et le soutien nutritionnel/financier/occasionnel aux PCV TB et à leurs familles. Les données relatives à la taille et à la répartition des PCV TB permettront également d'impliquer d'autres secteurs concernés par la tuberculose - par exemple, la connaissance de la taille et de la répartition de la population des travailleurs des mines pourrait aider à générer des ressources auprès du ministère des mines (et des autorités infranationales concernées) ou des ressources supplémentaires auprès du secteur des entreprises pour lutter contre la tuberculose chez les travailleurs immigrés.

L'estimation de la taille des PCV TB est essentielle pour un suivi adéquat des services de lutte contre la tuberculose afin de s'assurer que les PCV TB bénéficient de façon optimale des programmes de lutte contre la tuberculose.

EN SAVOIR PLUS :

37. Le Plan mondial pour éliminer la tuberculose 2023-2030
<https://omnibook.com/embedview/dc664b3a-14b4-4cc0-8042-ea8f27e902a6/en#z-b011>



ANNEXE A

PCV TB

modèle de hiérarchisation

— Modèle de hiérarchisation des PCV TB

	NOTE 1	NOTE 2	NOTE 3	NOTE 4
PCV TB	Risques environnementaux : surpeuplement, mauvaise ventilation, foyer de zoonose, industries de la poussière (sur une échelle de 0 à 10 ; 10 correspondant à la probabilité ou au risque le plus élevé)	Risques biologiques : immunité réduite, faible niveau de nutrition (sur une échelle de 0 à 10 ; 10 correspondant à la probabilité ou au risque le plus élevé)	Traits comportementaux : actions comprenant le partage de dispositifs à fumer (sur une échelle de 0 à 10 ; 10 correspondant à la probabilité ou au risque le plus élevé)	Obstacles juridiques : statut juridique, criminalisation, discrimination (sur une échelle de 0 à 10 ; 10 correspondant à la probabilité ou au risque le plus élevé)
Personnes vivant avec le VIH				
Prisonniers et personnes privées de liberté				
Mineurs				
Migrants, réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays				
Populations nomades				
Personnes qui consomment des drogues				
Personnes atteintes de maladies chroniques et de troubles médicaux : personnes qui consomment du tabac, personnes atteintes de diabète, personnes souffrant de dépendance à l'alcool et personnes handicapées				
Travailleurs du sexe				
Personnes LGBTQIA+				
Peuples autochtones				
Personnes sans abri				
Enfants				
Personnes âgées				
Personnes qui travaillent dans des environnements surpeuplés : exemple : travailleurs du vêtement				
Professionnels hospitaliers et de santé				
Agents de santé communautaire et de proximité				
Pauvres vivant en zones urbaine et rurale				
Femmes enceintes et nouvelles mères qui allaitent				

	NOTE 5	NOTE 6	TOTAL	Justification de la priorisation de la PCV TB (fortement recommandé d'être inclus, sur la base de discussions de groupe)
PCV TB	Obstacles socioculturels : alphabétisation, genre, religion, travail, responsabilités domestiques (sur une échelle de 0 à 10 ; 10 correspondant à la probabilité ou au risque le plus élevé)	Obstacles économiques : pauvreté (sur une échelle de 0 à 10 ; 10 correspondant à la probabilité ou au risque le plus élevé)		
Personnes vivant avec le VIH				
Prisonniers et personnes privées de liberté				
Mineurs				
Migrants, réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays				
Populations nomades				
Personnes qui consomment des drogues				
Personnes atteintes de maladies chroniques et de troubles médicaux : personnes qui consomment du tabac, personnes atteintes de diabète, personnes souffrant de dépendance à l'alcool et personnes handicapées				
Travailleurs du sexe				
Personnes LGBTQIA+				
Peuples autochtones				
Personnes sans abri				
Enfants				
Personnes âgées				
Personnes qui travaillent dans des environnements surpeuplés : exemple : travailleurs du vêtement				
Professionnels hospitaliers et de santé				
Agents de santé communautaire et de proximité				
Pauvres vivant en zones urbaine et rurale				
Femmes enceintes et nouvelles mères qui allaitent				



ANNEXE B

Données et sources disponibles sur les PCV TB

Cette annexe propose des sources potentielles de données internationales et nationales pour une série de PCV TB, puis donne des sources et des données détaillées (correctes au moment de la publication) pour un certain nombre de ces populations dans les pays à forte prévalence de tuberculose.

Bien que les données présentées soient les meilleures disponibles, il y a souvent des lacunes ; lorsqu'aucune donnée n'a été fournie par l'agence de déclaration, les cellules du tableau correspondant ont été laissées vides. En outre, les termes utilisés pour décrire les différents groupes au sujet desquels les données sont collectées ont été choisis par l'agence de déclaration et peuvent ne pas représenter les meilleures pratiques actuelles en matière d'utilisation du langage en relation avec la tuberculose.

— Sources mondiales de données pour les PCV TB

Population clé	Agences/organisation des Nations Unies	Exemples de sources de données au niveau des pays/unités responsables
Les personnes vivant avec le VIH (PVIH)	ONUSIDA et OMS	Programme national de prévention du sida Commission nationale du sida
Prisonniers et détenus	ONUDC et World Prison Brief	Ministère de la Justice Service pénitentiaire national
Mineurs	OIT, Banque mondiale et ONUDI	Ministère du Travail Ministère des ressources foncières et minières Bureau national des statistiques Chambre nationale des mines
Personnes atteintes de silicose	OIT	Ministère de la santé agences gouvernementales de santé Institut national de la sécurité et de la santé au travail Administration de la sécurité et de la santé au travail
Migrants	OIM et Banque mondiale	Conseil national de la population Service national des statistiques Ministères de l'intérieur ou de l'immigration
Réfugiés	HCR, HCDH, Banque mondiale et PNUD	Conseil national de la population
Personnes déplacées à l'intérieur du pays	HCR, OCHA et IDMC	Conseil national de la population
Populations nomades	ONU, Banque mondiale et OIM	Conseil national de la population Service national des statistiques
Les personnes qui consomment des drogues	ONUDC	Ministère de la Justice Service pénitentiaire national
Personnes qui consomment du tabac	OMS	Ministère de la Santé
Personnes atteintes de diabète	OMS	Ministère de la Santé
Personnes ayant une dépendance à l'alcool	OMS	Ministère de la Santé
Personnes à mobilité réduite	OMS	Ministère de la Santé Enquêtes nationales sur la santé
Travailleurs du sexe	ONUSIDA	Programme national de prévention du sida Commission nationale du sida Ministères du travail ou des affaires sociales
Personnes LGBTQIA+	ONUSIDA	Programme national de prévention du sida Commission nationale du sida Ministères de l'égalité ou de la santé Service national des statistiques
Peuples autochtones	OMS, PNUD, Banque mondiale et UNESCO	Ministère des Affaires autochtones, Premières Nations, et/ou Populations tribales Conseil national de la population Recensement national
Personnes sans abri	ONU-Habitat et PNUD	Service national des statistiques
Enfants	UNICEF	Ministère de l'enfance, du bien-être et de la protection sociale Ministère des services sociaux
Personnes âgées	PNUD, OMS et OIT	Service national des statistiques Ministère des services sociaux
Travailleurs hospitaliers	OMS	Ministère de la Santé Organisations nationales de travailleurs de la santé
Agents de santé communautaire/ de proximité	OMS et PMNCH	Ministère de la Santé Organisations nationales de travailleurs de la santé
Pauvres des zones urbaines	PNUD, Banque mondiale et ONU-Habitat	Conseil national de la population Service national des statistiques
Populations rurales pauvres	PNUD et Banque mondiale	Conseil national de la population
Travailleurs pénitentiaires	OIT	Ministères de l'intérieur, de la justice ou du travail Service pénitentiaire national
Personnes risquant de contracter la tuberculose zoonotique	FAO, OMS et WOAHA	Ministère de la Santé Centre national et régional de prévention et de contrôle des maladies Programme national de lutte antituberculeuse Organisations vétérinaires et de santé animale

Source de données mondiale
https://aidsinfo.unaids.org https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data#profiles
https://dataunodc.un.org/dp-prisons-persons-held https://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data
https://ilostat.ilo.org/ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_821061.pdf https://delvedatabase.org/data
https://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang--en/index.htm https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/silicosis-level-4-cause
https://migrationdataportal.org/ https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022 https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock https://data.worldbank.org/
https://www.unhcr.org/refugee-statistics/ https://www.internal-displacement.org/database/displacement-data
https://dataunodc.un.org/dp-drug-use-prevalence https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/drug-use_and_HIV.html
https://www.who.int/data/gho/data/indicators
https://www.who.int/data/gho/data/indicators https://diabetesatlas.org/data/en/
https://www.who.int/data/gho/data/indicators https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600 https://disabilitydata.ace.fordham.edu/wp-content/uploads/2022/Main_text_2022_Disability_Data_Report.pdf
https://kpatlas.unaids.org/dashboard
https://kpatlas.unaids.org/dashboard
Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies Mecanisme d'experts sur les droits des peuples autochtones des Nations unies UNICEF Banque mondiale
https://data.unicef.org/
https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm
https://www.who.int/data/gho/data/indicators
https://www.who.int/data/gho/data/indicators
https://data.unhabitat.org/ https://data.worldbank.org/
https://data.worldbank.org/
https://www.woah.org/en/disease/bovine-tuberculosis/

Personnes vivant avec le VIH

Dans le monde, il y avait 38,4 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en 2021.³⁸ Les PVVIH sont 18 fois plus susceptibles de développer une tuberculose active que la population générale. Selon l'OMS, en 2021, 187 000 décès liés à la tuberculose sont survenus chez les PVVIH.³⁹ On estime que 7,5 millions de PVVIH ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose au cours de la période 2018-2020.⁴⁰ Le résumé des populations clés de l'initiative Halte à la tuberculose⁴¹ décrit les facteurs qui rendent les PVVIH plus vulnérables à la tuberculose.

Au niveau des pays, il existe deux sources d'information sur la taille des populations de PVVIH et leur prévalence de tuberculose :

- L'AIDSInfo de l'ONUSIDA⁴² fournit des chiffres sur les PVVIH (souvent présentés sous forme de ventilations des populations clés liées au VIH telles que les utilisateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres) pour plus de 100 pays et territoires.
- Le *Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose de 2022*⁴³ fournit des informations sur les notifications de cas de tuberculose, le nombre de personnes atteintes de tuberculose également testées pour le VIH, la co-infection tuberculose/VIH, le traitement antirétroviral (TAR) pour le VIH et le traitement préventif de la tuberculose (thérapies préventives co-trimoxazole et isoniazide) dans plus de 200 pays/territoires.

Le tableau ci-après présente les données disponibles pour les 49 pays à forte prévalence de tuberculose de l'OMS. Il est facile de disposer de la taille des populations de PVVIH et des données sur la prévalence de la tuberculose. Toutefois, étant donné que les agences concernées (y compris l'ONUSIDA et l'OMS) collectent une variété de données annuelles auprès des pays et de différentes manières, il convient de choisir avec soin les points de données corrects et de les utiliser pour soutenir la cascade de services, depuis la recherche active de cas jusqu'à l'issue du traitement.

EN SAVOIR PLUS :

38. Statistiques mondiales sur le VIH et le sida - Fiche d'information
<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

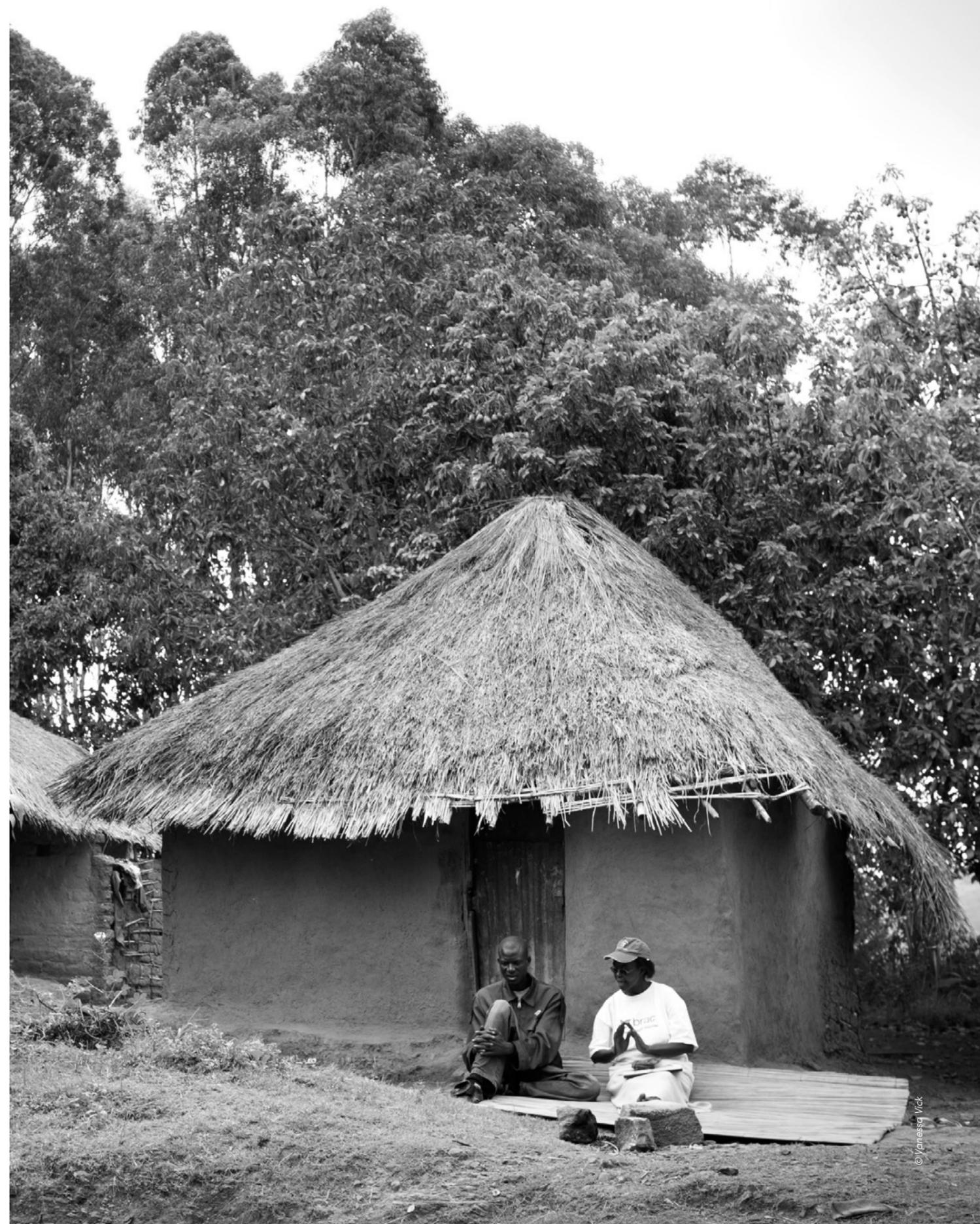
39. Rapport mondial sur la tuberculose de 2022 - 2.1 Incidence de la tuberculose
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022/tb-disease-burden/2-1-tb-incidence>

40. Fiche d'information - Journée mondiale de la tuberculose de 2022
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20220324_TB_FactSheet_en.pdf

41. Dossier sur les populations clés : les personnes vivant avec le VIH
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_PLHIV_ENG_WEB.pdf

42. AIDSInfo
<https://aidsinfo.unaids.org/>

43. Rapport mondial sur la tuberculose 2022
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>



— Données sur les personnes vivant avec le VIH dans les pays à forte prévalence de tuberculose

PAYS À FORTE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE DE L'OMS EN 2022				BASE DE DONNÉES DE L'ONU DC ET DE L'ONUSIDA		
Pays	TB	TB/VIH	TB-MR/TB-RR	Nombre de PVVIH (2021)	% de PVVIH sous TAR ayant suivi un traitement préventif antituberculeux (TPT) (2021)	% de PVVIH nouvellement recrutés dans les soins du VIH ayant reçu un diagnostic de tuberculose active (2020)
Angola	Y		Y	320 000		9.1
Azerbaïdjan			Y	10 000		7.5
Bangladesh	Y		Y	15 000		6.2
Biélorussie			Y	28 000		5.5
Botswana		Y		360 000		
Bésil	Y	Y		960 000		
Cameroun		Y		500 000		
République centrafricaine	Y	Y		83 000	87.5	
Chine	Y	Y	Y			1.7
Congo	Y	Y		130 000		
RPD de Corée	Y		Y			
RD Congo	Y	Y	Y	540 000		6.0
Eswatini		Y		220 000	59.8	3.5
Éthiopie	Y	Y		610 000		6.7
Gabon	Y	Y		47 000		
Guinée		Y		120 000		3.4
Guinée-Bissau		Y		40 000		
Inde	Y	Y	Y	2 400 000	85.7	1.6
Indonésie	Y	Y	Y	540 000		5.9
Kazakhstan			Y	35 000	99	
Kenya	Y	Y		1 400 000		3.3
Kirghizstan			Y	10 000	84.6	
Lesotho	Y	Y		290 000	84	
Libéria	Y	Y		34 000		6.9
Malawi		Y		990 000		2.5
Mongolie	Y		Y	1 000	100	8.0
Mozambique	Y	Y	Y			4.4
Myanmar	Y	Y	Y	270 000		
Namibie	Y	Y		220 000		
Népal			Y	30 000		
Nigeria	Y	Y	Y	1 900 000		
Pakistan	Y		Y	210 000		
Papouasie Nouvelle-Guinée	Y		Y	59 000		13.6
Pérou			Y	98 000		
Philippines	Y	Y	Y	140 000		19.1
République de Moldavie			Y	15 000		
Fédération de Russie		Y				
Sierra Leone	Y			76 000		
Somalie			Y	7 700		
Afrique du Sud	Y	Y	Y	7 500 000	63	5.6
Tadjikistan			Y	13 000	98.5	9.4
Thaïlande	Y	Y		520 000		
Ouganda	Y	Y		1 400 000	90.3	3.5
Ukraine			Y	240 000		12.9
République unie de Tanzanie	Y	Y		1 700 000		6.6
Ouzbékistan			Y	59 000		9.0
Vietnam	Y		Y	240 000		13.1
Zambie	Y	Y	Y	1 300 000	82	
Zimbabwe		Y		1 300 000		2.8
Pays avec données (49 max)	30	30	30	45	11	26
Total	30	30	30	26 980 700	934.4	177.8

RAPPORT MONDIAL DE L'OMS SUR LA TUBERCULOSE 2022

Total des cas de TB (toutes formes confondues) signalés (2021)	% de patients TB qui connaissent leur statut VIH, parmi toutes les personnes signalées (2021)	Incidence de la tuberculose chez les PVVIH	Mortalité par tuberculose chez les personnes ne vivant pas avec le VIH	Mortalité par tuberculose chez les PVVIH	Nombre de patients atteints de tuberculose avec un statut VIH connu qui sont séropositifs	Patients tuberculeux séropositifs sous traitement antirétroviral	Taux de réussite du traitement des PVVIH chez qui la tuberculose a été diagnostiquée (2020)
63 970	73	14 000	18 000	3 100	5 619	5 619	33
4 944	>100	130	890	35	92	92	
307 561	6.4	730	42 000	170	106	106	76
1 696	100	250	370	110	128	128	84
2 368	93	3000	820	1300	974	974	76
88 099	80	12 000	6 000	2 200	6 870	6 870	47
22 866	96	9 100	8 100	3 900	4 375	4 375	83
13 428	80	8 200	5 300	1 500	2 940	2 940	82
593 743	70	10 000	30 000	2 100	5 429	5 429	86
12 152	42	6 600	3 100	2 600	966	966	45
93 597	0	0	0	0	0	0	
215 787	78	24 000	42 000	7 200	13 373	13 373	74
2 049	98	2 400	280	740	1 201	1 201	79
104 854	82	7 400	19 000	2 100	4 467	4 467	
5 201	38	3 600	2 200	1 700	704	704	
19092	92	4800	2100	1100	3 480	3 480	88
2 505	84	2 200	1600	1 200	620	464	72
2 116 976	95	54 000	494 000	11 000	34 339	31 935	73
443 235	48	22 000	144 000	6 500	8 015	3 242	68
10 008	99	930	1 100	91	625	581	69
77 854	97	32 000	20 000	11 000	17 635	16 996	80
5 199	96	240	550	130	126	77	53
4 553	97	8700	1400	3 900	2 397	2 207	76
7 441	92	1 800	3 500	850	775	705	
14 594	99	12 000	3 000	4 700	6 467	6 401	87
2823	79	13	340	10	2	2	100
98 485	100	29 000	8000	5 700	24 296	23 145	89
65 125	87	14 000	32 000	4 400	3 972	2 203	75
6864	99	3 600	1 500	1 300	1 985	1 966	83
28 677	73	540	17 000	220	162	144	
207 785	97	28 000	112 000	13 000	11 715	10 782	82
343 024	52	15 000	48 000	2 100	1013	637	82
30 180	62	4 600	5 100	370	1068	898	66
26 437	95	2 600	4 000	670	1453	732	70
328 497	34	14 000	60 000	810	1 350	1 349	81
2 248	97	280	180	150	214	169	61
79 686	96	18 000	4 900	3 700	14132	10764	41
17 669	98	3 600	2 900	1 000	2543	2537	79
17 504	87	390	11 000	190	139	84	46
181 864	89	163 000	23 000	33 000	81 770	73 117	78
4 299	99	250	1 200	100	118	118	77
72 851	84	8 900	9 600	1 700	5 313	4 795	74
76 268	99	29 000	6 300	6 200	23 692	23 674	88
19 793	98	6 300	3 600	2 000	3 646	3 354	67
87 415	99	24 000	18 000	7800	15 321	15 238	92
15 450	>100	600	1 100	250	441	395	
78 935	82	5 100	12 000	2200	1 945	1 521	83
50 825	96	20 000	3 800	4100	16 272	15 902	90
16541	99	18 000	2 000	5300	8 056	7 647	84
49	49	49	49	49	49	49	42
562 068	78.3	208 923	313 100	65 376	26 401	25 299	63.7

Prisonniers et détenus

L'ONU DC estime qu'environ 11 millions de personnes sont détenues dans des prisons ou détenues dans d'autres contextes, dont 4,8 % vivent avec le VIH et 2,8 % sont atteints d'une tuberculose active.⁴⁴

À l'échelle mondiale, les conditions de vie dans la plupart des prisons se sont détériorées, ce qui a entraîné une surpopulation et facilité la propagation de la tuberculose, de la tuberculose multirésistante et d'autres maladies infectieuses. Cela a eu une incidence sur les résultats en matière de santé dans les pays où l'incarcération excessive est répandue.⁴⁵

Au niveau des pays, des informations sur les prisonniers et les détenus sont en cours de documentation. Cela a facilité l'accès public aux informations grâce aux éléments suivants :

- The World Prison Brief,⁴⁶ une base de données gérée par l'Institute for Criminal Policy Research de Birkbeck, Université de Londres, fournit des informations sur les prisonniers, les populations carcérales et les systèmes pénitentiaires dans plus de 200 pays et territoires à travers le monde. Elle inclut des données sur la taille des populations, les pourcentages de détenus de sexe masculin, féminin et nés à l'étranger, et la capacité d'occupation des prisons.
- La base de données AIDSInfo⁴⁷ de l'ONUSIDA fournit des informations sur la prévalence du VIH chez les prisonniers et les détenus dans plus de 50 pays.

Cependant, un examen de la littérature sur le VIH, la tuberculose et les prisonniers a montré que, contrairement aux données sur la prévalence du VIH, les données sur la tuberculose dans les prisons sont peu rapportées.⁴⁸ Contrairement aux tendances mondiales, dans l'Union européenne et l'Espace économique européen, 26 pays ont signalé la détection des cas de tuberculose dans les prisons en 2021.⁴⁹ Les rapports sur la co-infection par le VIH et la tuberculose et les résultats des traitements dans les prisons restent sporadiques.

Le tableau ci-dessous présente les données disponibles pour les 49 pays à forte prévalence de tuberculose de l'OMS.

EN SAVOIR PLUS :

44. Prisons et VIH

https://www.unodc.org/unodc/es/hiv-aids/new/prison_settings_HIV.html

45. Key populations brief: Prisoners

https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Prisoners_ENG_WEB.pdf

46. Données World Prison Brief

<https://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>

47. Données mondiales sur l'épidémiologie et la riposte au VIH

<https://aidsinfo.unaids.org/>

48. Données de surveillance et de suivi de la tuberculose en Europe 2022 - 2020

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2022-2020-data>

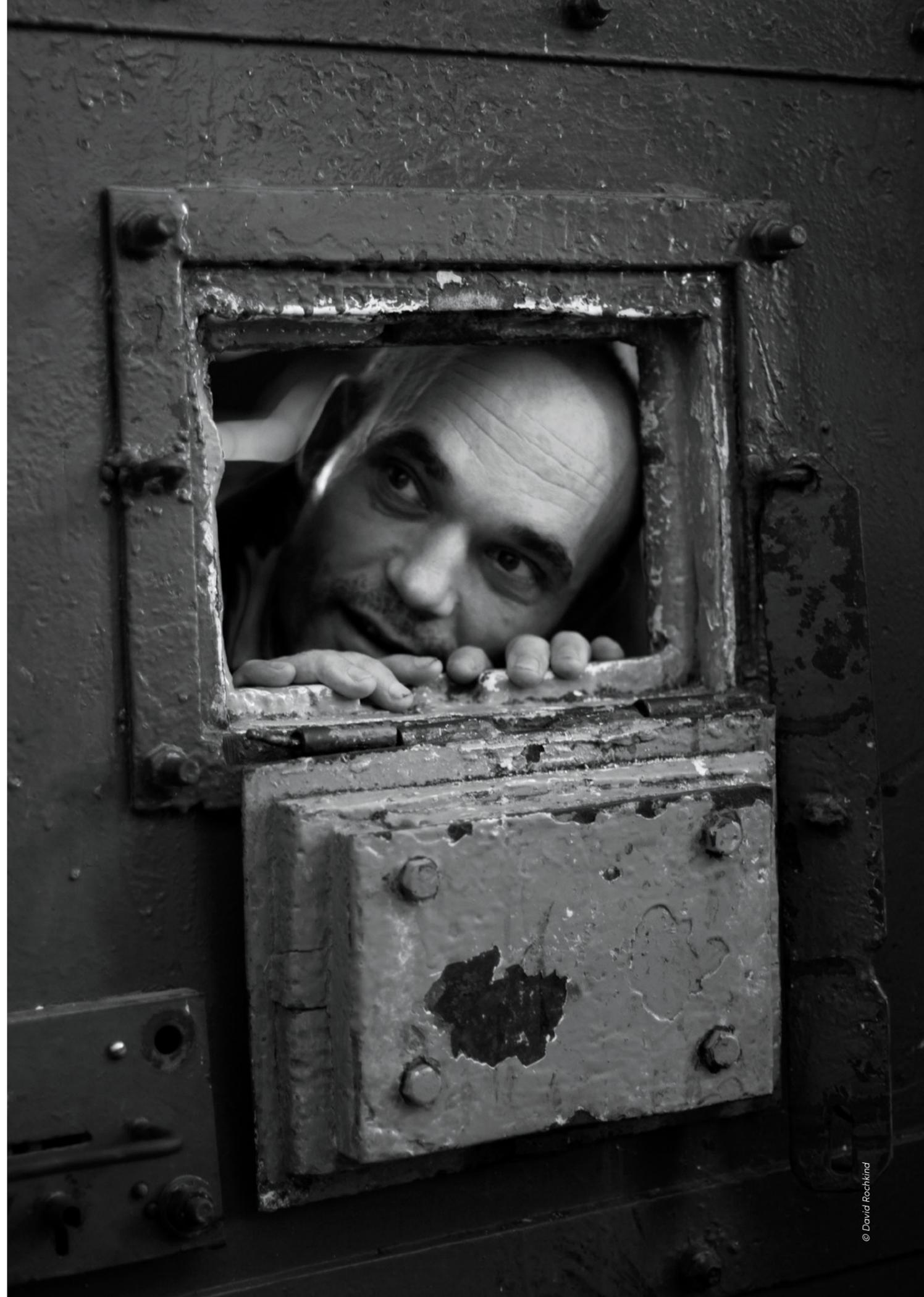
https://coekostat.unodc.org/coekostat/en/news/regional_snapshot_1.html

<https://www.unodc.org/southernafrica/en/hiv/prison-settings.html>

<https://www.paho.org/journal/en/articles/prevalence-tuberculosis-incarcerated-populations-systematic-review-and-meta-analysis>

49. Données de surveillance et de suivi de la tuberculose en Europe 2022 - 2020

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/tuberculosis-surveillance-monitoring-2023.pdf>



— Données sur les populations de prisonniers et de détenus dans les pays à forte prévalence de tuberculose

PAYS À FORTE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE DE L'OMS EN 2022				BASE DE DONNÉES AIDSINFO DE L'ONUSIDA (25 JAN. 2023)
Pays	TB	TB/VIH	TB-MR/TB-RR	% de prévalence du VIH dans les prisons (ONUSIDA)
Angola	Y		Y	15.9
Azerbaïdjan			Y	2.3
Bangladesh	Y		Y	
Biélorussie			Y	8.5
Botswana		Y		
Brésil	Y	Y		
Cameroun		Y		4.0
République centrafricaine	Y	Y		3.6
Chine	Y	Y	Y	
Congo	Y	Y		3.9
RPD de Corée	Y		Y	
RD Congo	Y	Y	Y	2.5
Eswatini		Y		34.9
Éthiopie	Y	Y		
Gabon	Y	Y		
Guinée		Y		2.3
Guinée-Bissau		Y		
Inde	Y	Y	Y	1.9
Indonésie	Y	Y	Y	0.7
Kazakhstan			Y	4.4
Kenya	Y	Y		
Kirghizstan			Y	11.3
Lesotho	Y	Y		31.4
Libéria	Y	Y		
Malawi		Y		19.0
Mongolie	Y		Y	0.0
Mozambique	Y	Y	Y	24
Myanmar	Y	Y	Y	4.7
Namibie	Y	Y		
Népal			Y	
Nigeria	Y	Y	Y	2.8
Pakistan	Y		Y	2.0
Papouasie Nouvelle-Guinée	Y		Y	
Pérou			Y	0.5
Philippines	Y	Y	Y	
République de Moldavie			Y	3.8
Fédération de Russie		Y		
Sierra Leone	Y			3.7
Somalie			Y	0.4
Afrique du Sud	Y	Y	Y	3.5
Tadjikistan			Y	3.1
Thaïlande	Y	Y		0.7
Ouganda	Y	Y		4.0
Ukraine			Y	8.5
République unie de Tanzanie	Y	Y		6.7
Ouzbékistan			Y	0.5
Vietnam	Y		Y	
Zambie	Y	Y	Y	27.4
Zimbabwe		Y		24.1
Pays avec données (49 max)				33
Total	30	30	30	8.1

WORLD PRISON BRIEF (25 JAN. 2023)

Population carcérale totale (y compris les détenus provisoires et les prévenus)	% de personnes en détention provisoire	Femmes détenues (% de la population carcérale)	Juveniles/ mineurs/ jeunes détenus (% de la population carcérale)	% de détenus étrangers	Nombre d'établissements	Capacité
24 966	44.4	2.5		3.1	40	21 000
22 334	21.8	2.7	0.2	2.2	53	25 471
81 156	75.6	3.9	0.7	0.6	68	42 626
32556	16.6	10.8	0.4	3.1	67	35 720
3 882	22.5	4.7	10.4	13.5	23	4 337
835 643	27.2	5.1	0.0	0.3	1413	466 529
32 003	58.0	2.6	2.6	4.9	79	17 915
1 291	70.2	5.0			13	0
1 690 000		8.6	0.8	0.4		0
1 388	60.0	3.7	4.4		12	225
53 920	35.1	7.3	1.6	4.7	54	48 130
22 820	75.0	2.3	2.3		11	7 070
3 362	23.9	2.9	0.7	6.0	12	2 838
110 000	14.9	4.2			126	0
5 226	80.2	2.2	2.9		9	0
4 375	54.2	3.0	5.0	2.7	31	2 552
596	67.9	2.6	2.6	7.1	3	90
554 034	77.1	4.1	0.0	1.0	1319	425 609
275 518	17.5	4.9	1.0	0.4	526	132 107
35 228	20.3	7.0	0.2	3.7	80	46 479
58 887	41.0	5.1	0.6	0.6	134	34 000
10 142	16.6	4.2	0.1	3.2	28	17 134
2 216	19.5	2.9	2.2	0.9	14	2 936
2 925	67.6	2.8	1.9	2.0	16	1 351
14 500	7.6	1.1	7.7	0.2	30	7 000
5 832	24.3	4.5	1.5	0.4	50	6 182
18 700	31.9	2.9	8.6	1.5	157	8 500
100 324	15.1	12.3	1.6	0.7	96	89 938
8 900	54.0	2.9	0.1	8.9	13	5 424
25 400	54.4	5.4	3.3	5.1	74	15 466
74 367	69.4	2.1	1.7	0.3	240	50 153
85 670	70	1.6	1.6	1.2	116	64 099
5 087	34.4	4.9	3.7	0.4	18	4 366
90 293	38.5	5.1	0.0	3.0	69	41 123
166 912	64.3	9.8	1.0	0.3	440	45 730
6 461	16.6	5.6	0.9	1.7	17	6 868
439 453	25.5	8.9	0.2	6.2	872	714 253
4 430	54	1.5	0.0	0.5	21	2 375
						0
144 938	32.9	2.6	0.1	10.5	235	108 804
14 000	14.1		0.2	4.9	19	11 950
285 572	19.6	11.5		3.5	143	110 000
70 535	48.8	4.6	0.0	1.8	254	19 986
48 038	35.6	3.9	0.2	2.3	110	88 737
33 570	50	3.4	3.9	3.7	126	29 760
22 867	10.0				54	54 875
125 697	12.6	12.1		0.4	54	0
23 062	17.6	2.7	2.5	2.1	90	10 500
20 898	25.2	2.1	0.6	1.9	72	17 000
48	47	46	42	42	47	43
5 699 974	27.0	1.4	0.6	1.1	3998	2 115 808

Mineurs

Les informations sur le nombre de personnes officiellement employées dans le secteur minier sont limitées.⁵⁰ Cependant, la Banque mondiale estime qu'environ 44,7 millions de personnes travaillent dans l'exploitation minière artisanale et à petite échelle, dont 30 % sont des femmes.⁵¹ L'ampleur du fardeau de la tuberculose chez les mineurs n'est pas connue, sauf en Afrique du Sud et dans une poignée d'autres pays. En Afrique australe, il semble y avoir une volonté politique accrue pour enfin lutter contre l'épidémie de tuberculose. Compte tenu de la combinaison de facteurs qui contribuent à la tuberculose dans l'industrie minière, des solutions multiples impliquant plusieurs parties prenantes sont nécessaires.⁵²

Les données officielles sur le nombre de personnes employées dans le secteur minier sont limitées. Cependant, la Banque mondiale et ses partenaires ont développé une base de données en ligne, Delve,⁵³ pour aider à surveiller l'exploitation minière artisanale et à petite échelle.

Les données publiées par le ministère sud-africain des ressources minérales et de l'énergie font état d'un niveau élevé de dépistage de la tuberculose et d'une diminution constante du nombre de cas de tuberculose signalés parmi les travailleurs des mines. En 2018, l'Afrique du Sud comptabilisait un nombre record de 1 716 diagnostics de tuberculose chez les mineurs.⁵⁴

Le Bureau national nigérian des statistiques⁵⁵ estime que l'industrie minière et des carrières emploie 0,2 % de la main-d'œuvre du pays, mais aucune information n'est disponible sur la prévalence de la tuberculose parmi les travailleurs des mines.

Le tableau ci-dessous fournit des informations sur la tuberculose chez les mineurs. Les sources de ces données comprennent la Banque mondiale,⁵⁶ bureaux nationaux de statistique et d'autres articles publiés.⁵⁷

EN SAVOIR PLUS :

50. Women in mining: Towards gender equality
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_821061.pdf

51. Delve : Une plateforme mondiale pour les données minières artisanales et à petite échelle
<https://delvedatabase.org/>

52. Dossier sur les populations clés : mineurs
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_miners_spreads.pdf

53. Delve : Une plateforme mondiale pour les données minières artisanales et à petite échelle
<https://delvedatabase.org/>

54. Tuberculosis in the South African mining industry: Fact sheet
<https://www.mineralscouncil.org.za/industry-news/publications/fact-sheets/send/3-fact-sheets/749-tuberculosis-in-south-africa>

55. Nigerian mining and quarrying sector: Summary report 2010-2012
<https://www.nigerianstat.gov.ng/pdfuploads/nbs Mining and Quarrying Report 2010-12.pdf>

56. The Southern Africa TB in the mining sector initiative
<https://www.worldbank.org/en/programs/the-southern-africa-tb-in-the-mining-sector-initiative>

57. Prévalence de la tuberculose pulmonaire chez les mineurs des districts de Karonga, Rumphu, Kasungu et Lilongwe au Malawi en 2019
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8364790/>



— Données sur les populations de mineurs dans les pays à forte prévalence de tuberculose

PAYS À FORTE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE DE L'OMS EN 2022

Pays	TB	TB/VIH	TB-MR/TB-RR
Angola	Y		Y
Azerbaïdjan			Y
Bangladesh	Y		Y
Biélorussie			Y
Botswana		Y	
Bésil	Y	Y	
Cameroun		Y	
République centrafricaine	Y	Y	
Chine	Y	Y	Y
Congo	Y	Y	
RPD de Corée	Y		Y
RD Congo	Y	Y	Y
Eswatini		Y	
Éthiopie	Y	Y	
Gabon	Y	Y	
Guinée		Y	
Guinée-Bissau		Y	
Inde	Y	Y	Y
Indonésie	Y	Y	Y
Kazakhstan			Y
Kenya	Y	Y	
Kirghizstan			Y
Lesotho	Y	Y	
Libéria	Y	Y	
Malawi		Y	
Mongolie	Y		Y
Mozambique	Y	Y	Y
Myanmar	Y	Y	Y
Namibie	Y	Y	
Népal			Y
Nigeria	Y	Y	Y
Pakistan	Y		Y
Papouasie Nouvelle-Guinée	Y		Y
Pérou			Y
Philippines	Y	Y	Y
République de Moldavie			Y
Fédération de Russie		Y	
Sierra Leone	Y		
Somalie			Y
Afrique du Sud	Y	Y	Y
Tadjikistan			Y
Thaïlande	Y	Y	
Ouganda	Y	Y	
Ukraine			Y
République unie de Tanzanie	Y	Y	
Ouzbékistan			Y
Vietnam	Y		Y
Zambie	Y	Y	Y
Zimbabwe		Y	
Pays avec données (49 max)	30	30	30
Total	30	30	30

DIVERSES SOURCES (24-26 JAN. 2023)

Année	Nombre de mineurs dans le secteur formel	dont des femmes mineurs	Nombre minimal de mineurs artisanaux	Nombre maximal estimé de mineurs artisanaux	Incidence de la tuberculose pulmonaire (par 100 000 personnes)	Prévalence estimée de la TB chez les mineurs en % de la population globale
			861 000			
			150 000	300 000		
			9 000 000			
			2 000 000			
			1 260 000			
			1 500 000			
			3 600 000			
			140 000			
			30 000	100 000		14
			70 000			
			100 000			
			520 000			
2012	1 358 795	529 590	400 000	500 000		
			70 000			
2017	500 000				3 000	
			200 000	400 000		
			1 000 000	1 500 000		
2012	90 000				1 000 000	
	3	1	16	6	1	1

Populations migrantes

Les migrations internationales ont atteint 281 millions en 2020,⁵⁸ représentant 3,6 % de la population mondiale. Selon l'UNICEF, 36 millions de ces migrants étaient des enfants et 20,7 millions étaient des réfugiés.⁵⁹ Les populations migrantes sont souvent confrontées à des difficultés pour accéder aux soins de la tuberculose, en raison de nombreux facteurs économiques, sociaux, politiques et environnementaux complexes qui font partie du processus de migration. Les migrants arrivent souvent à leur destination avec un faible statut socio-économique, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux maladies telles que la tuberculose. Lors de l'accès aux soins de santé, les migrants doivent composer avec les politiques et les pratiques discriminatoires, la faible disponibilité des services, les attitudes négatives de la part des travailleurs de la santé, les barrières linguistiques et la stigmatisation.⁶⁰

En 2021, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) a mené des enquêtes radiologiques sur la tuberculose chez 1,1 million de migrants et a fourni un traitement antituberculeux directement observé à 13 000 personnes atteintes de tuberculose, dont⁶¹ étaient atteintes de tuberculose multirésistante (TB-MR) (2,9 %).⁶²

L'OIM continue de fournir un service de santé pré-migration au nom des gouvernements dans les pays fortement touchés par la tuberculose. En 2021, plus de 480 000 évaluations de la santé des migrants ont été fournies dans plus de 90 pays, tant pour les migrants (81,8 %) que pour les réfugiés (18,2 %), dont 512 personnes ont reçu un diagnostic de tuberculose active et ont été orientées vers un traitement. Parmi ces personnes, 415 (81,1 %) ont vu leur tuberculose confirmée par des tests de laboratoire⁶³ tandis que 2,9 % de ce groupe (12 personnes) présentaient une tuberculose multirésistante.⁶⁴

Le tableau ci-après fournit des informations accessibles à partir des données ouvertes⁶⁵ de la Banque mondiale et du portail de données sur les migrations⁶⁶ de l'OIM sur les populations de migrants et de réfugiés. Ces bases de données sont mises à jour régulièrement et permettent aux utilisateurs de comparer et de visualiser les données entre les régions, les pays et les périodes.

EN SAVOIR PLUS :

58. Rapport sur la migration dans le monde 2022
<https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
59. Migration
<https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/migration/>
60. Key populations brief: Mobile populations
https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KP_Mobile_Spreads.pdf
61. Migration health 2021 impact overview: Addressing continuous disease threats
<https://publications.iom.int/system/files/pdf/MHD-Annual-Report-2021.pdf>
62. Migration health assessment programme: Pre-migration health activities
https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd486/files/our_work/DMM/Migration-Health/MHD_Infosheet_HAP_2021_29.11.2022.pdf
63. Il est important de s'assurer que les méthodes moléculaires rapides constituent le test de diagnostic initial de la tuberculose.
64. Ibid
65. Données ouvertes de la Banque mondiale
<https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.NETM>
66. Portail des données sur la migration
https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock_abs_&t=2020



— Données sur les populations de migrants et de réfugiés dans les pays à forte prévalence de tuberculose

PAYS À FORTE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE DE L'OMS EN 2022				BANQUE MONDIALE (25 JAN. 2023)
Pays	TB	TB/VIH	TB-MR/TB-RR	Migration nette totale estimée 2021
Angola	Y		Y	29 089
Azerbaïdjan			Y	1 084
Bangladesh	Y		Y	- 174 500
Biélorussie			Y	12 961
Botswana		Y		1 816
Brésil	Y	Y		20 376
Cameroun		Y		- 9 889
République centrafricaine	Y	Y		- 85 860
Chine	Y	Y	Y	- 200 194
Congo	Y	Y		- 4 466
RPD de Corée	Y		Y	- 1 589
RD Congo	Y	Y	Y	64 643
Eswatini		Y		- 4 897
Éthiopie	Y	Y		- 1 391
Gabon	Y	Y		1 516
Guinée		Y		- 4 367
Guinée-Bissau		Y		- 1 395
Inde	Y	Y	Y	- 301 970
Indonésie	Y	Y	Y	- 14 992
Kazakhstan			Y	- 18 917
Kenya	Y	Y		- 52 549
Kirghizstan			Y	16 510
Lesotho	Y	Y		- 1 490
Libéria	Y	Y		- 11 862
Malawi		Y		- 1 775
Mongolie	Y		Y	0
Mozambique	Y	Y	Y	9 515
Myanmar	Y	Y	Y	- 35 382
Namibie	Y	Y		- 4 301
Népal			Y	296 541
Nigeria	Y	Y	Y	76 364
Pakistan	Y		Y	471 395
Papouasie Nouvelle-Guinée	Y		Y	10 695
Pérou			Y	68 012
Philippines	Y	Y	Y	80 125
République de Moldavie			Y	- 14 278
Fédération de Russie		Y		320 617
Sierra Leone	Y			- 1 544
Somalie			Y	- 17 071
Afrique du Sud	Y	Y	Y	10 934
Tadjikistan			Y	- 3 564
Thaïlande	Y	Y		1 133
Ouganda	Y	Y		43 465
Ukraine			Y	831
République unie de Tanzanie	Y	Y		- 4 865
Ouzbékistan			Y	- 39 201
Vietnam	Y		Y	- 992
Zambie	Y	Y	Y	9 015
Zimbabwe		Y		- 25 005
Pays avec données (49 max)	30	30	30	49
Total				508 331

PORTAIL DE LA MIGRATION DE L'OIM (25 JAN. 2023)				
Stock de migrants internationaux par sexe en 2020 (hommes)	Stock de migrants internationaux par sexe en 2020 (femmes)	Stock total de migrants internationaux (en 2020)	Pays d'accueil de la population réfugiée (à la fin de 2021)	Population réfugiée du pays (à la fin de 2021)
331 401	325 033	656 434	26 000	11 400
252 228	121 007	131 221	1 700	39 500
2 115 408	1 093 978	1 021 430	918 900	22 700
1 067 090	488 713	578 377	2 700	4 600
110 268	62 817	47 451	688	122
1 079 708	582 881	496 827	62 000	2 000
579 209	286 254	292 955	457 300	125 500
46 357	42 189	88 546	9 300	737 700
637 952	401 723	1 039 675	303 400	170 200
211 403	176 203	387 606	40 800	14 300
24 654	24 895	49 549	3 600	528
952 871	459 052	493 819	524 100	908 400
16 921	15 937	32 858	895	165
536 807	548 710	1 085 517	821 300	149 100
268 032	148 619	416 651	272	620
71 385	50 052	121 437	5 700	34 400
8 867	9 078	17 945	1 800	2 000
2 273 912	2 604 792	4 878 704	212 400	14 200
206 538	148 967	355 505	10 000	14 000
1 850 097	1 881 976	3 732 073	352	3 200
529 975	520 172	1 050 147	481	7 500
80 456	118 555	199 011	317	3 000
6 537	5 523	12 060	296	6
50 694	37 253	87 947	8 200	5 400
93 612	97 750	191 362	21 500	513
14 263	7 082	21 345		2 500
165 490	173 360	338 850	4 800	90
41 898	34 548	76 446		1 200 000
59 024	50 367	109 391	3 700	441
146 930	340 634	487 564	19 600	7 000
713 678	594 890	1 308 568	77 100	383 700
1 812 804	1 463 776	3 276 580	1 500 000	132 800
18 895	12 173	31 068	11 800	507
642 404	582 115	1 224 519	5 800	3 500
117 105	108 420	225 525	801	521
42 743	61 695	104 438	349	2 200
5 712 089	5 924 822	11 636 911	10 900	68 500
30 408	23 338	53 746	345	6 600
32 285	26 305	58 590	13 800	776 700
443 405	438 847	882 252	75 500	643
119 174	156 857	276 031	10 700	2 400
1 821 857	1 810 639	3 632 496	100 500	181
827 664	892 649	1 720 313	1 500 000	7 900
2 149 298	2 848 089	4 997 387	2 400	27 600
213 007	213 010	426 017	207 100	752
543 364	618 643	1 162 007	13 000	3 000
44 471	32 296	76 767		317 700
529 975	520 172	1 050 147	75 200	255
529 975	520 172	1 050 147	9 500	8 100
49	49	49	46	49
30 174 588	27 707 028	51 692 212	7 076 896	5 224 644

Les personnes qui consomment des drogues

Globalement, les personnes qui utilisent des drogues (PWUD) restent stigmatisées et criminalisées, ce qui contribue à des disparités dévastatrices en termes santé, y compris pour ce qui est des taux extrêmement élevés de tuberculose, souvent associée avec le VIH et/ou l'hépatite virale. L'éventail de ces problèmes de santé et le manque criant de services de santé intégrant au même endroit des services de soin pour la tuberculose, pour le VIH et de réduction des risques, contribuent largement à l'ampleur de la crise de la tuberculose au sein des communautés de PWUD.

Alors que les impacts de l'épidémie de tuberculose sont plus durement ressentis dans les communautés PWUD en Europe de l'Est et en Asie Centrale, l'évidence émergente depuis le Sud et en Asie du Sud-Est ainsi qu'en Afrique subsaharienne suggère que ces problèmes sont désormais universels.⁶⁷

On estime que 11,2 millions de personnes dans le monde se sont injectées des drogues en 2020. Une personne sur huit qui s'injectait des drogues (PWID) vivait avec le VIH, ce qui représente 1,4 million de personnes.⁶⁸

Selon l'ONUSD, environ 284 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans ont consommé des drogues dans le monde en 2020, soit une augmentation de 26 % par rapport à la décennie précédente.⁶⁹ Les jeunes consomment plus de drogues, les niveaux de consommation étant aujourd'hui plus élevés dans de nombreux pays que dans la génération précédente. En Afrique et en Amérique latine, les personnes de moins de 35 ans représentent la majorité des personnes traitées pour des troubles liés à la consommation de drogues.⁷⁰

Malgré la rareté des données sur les taux de tuberculose chez les PWUD, les facteurs de risque tels que le VIH qui augmentent leur vulnérabilité à la tuberculose sont bien documentés.⁷¹

EN SAVOIR PLUS :

67. Dossier sur les populations clés : personnes qui consomment des drogues https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_peopleusedrugs_spreads.pdf

68. Rapport mondial sur les drogues 2022 <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

69. Ibid

70. Ibid

71. Personnes consommant des drogues injectables <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>



— Données sur les personnes qui consomment/s'injectent des drogues et prévalence associée du VIH dans les pays à forte prévalence de tuberculose

PAYS À FORTE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE DE L'OMS EN 2022

Pays	TB	TB/VIH	TB-MR/TB-RR
Angola	Y		Y
Azerbaïdjan			Y
Bangladesh	Y		Y
Biélorussie			Y
Botswana		Y	
Brésil	Y	Y	
Cameroun		Y	
République centrafricaine	Y	Y	
Chine	Y	Y	Y
Congo	Y	Y	
RPD de Corée	Y		Y
RD Congo	Y	Y	Y
Eswatini		Y	
Éthiopie	Y	Y	
Gabon	Y	Y	
Guinée		Y	
Guinée-Bissau		Y	
Inde	Y	Y	Y
Indonésie	Y	Y	Y
Kazakhstan			Y
Kenya	Y	Y	
Kirghizstan			Y
Lesotho	Y	Y	
Libéria	Y	Y	
Malawi		Y	
Mongolie	Y		Y
Mozambique	Y	Y	Y
Myanmar	Y	Y	Y
Namibie	Y	Y	
Népal			Y
Nigeria	Y	Y	Y
Pakistan	Y		Y
Papouasie Nouvelle-Guinée	Y		Y
Pérou			Y
Philippines	Y	Y	Y
République de Moldavie			Y
Fédération de Russie		Y	
Sierra Leone	Y		
Somalie			Y
Afrique du Sud	Y	Y	Y
Tadjikistan			Y
Thaïlande	Y	Y	
Ouganda	Y	Y	
Ukraine			Y
République unie de Tanzanie	Y	Y	
Ouzbékistan			Y
Vietnam	Y		Y
Zambie	Y	Y	Y
Zimbabwe		Y	
Pays avec données (49 max)	30	30	30
Total			

DONNÉES AIDSIINFO DE L'ONUSDC ET DE L'ONUSIDA (25 JAN. 2023)

Nombre de personnes âgées de 15-64 qui s'injectent des drogues (ONUSDC)	Prévalence du VIH chez les PWID (ONUSIDA)	Prévalence du VIH chez les PWID (%) (ONUSDC)	Nombre de PWID séropositifs (ONUSIDA) (2021)	% de personnes âgées de 15 à 65 ans qui consomment des amphétamines (ONUSDC)	% de personnes âgées de 15 à 65 ans qui consomment de la cocaïne (ONUSDC)	% de personnes âgées de 15 à 65 ans qui consomment de l'ecstasy (ONUSDC)	% de personnes âgées de 15 à 65 ans qui consomment des opiacés (ONUSDC)
60 250	6.1	6.9	60 300				
29 626	2.4	18.1					
80 000	22.7	22.7	80 000				0.8
		8.2					
2 453			1 500				
2 100							
1 930 000		8.4		0.6			
411				0.6			
155 800	3.9	3.9	155 800				
300			300				
		6					
1 793			1 800				
52 500	9	6.3					
34 517	13.7	17.9	34 500	0.1	0.0	0.4	
94 600	8.3	8.3	85 300				1.0
		14.5	16 000		0.1		0.9
		14.3		0.5			
2 600							
4 100		14.4	4 100				
	0	0					
4 500		19.9					
93 215		34.9	93 000				
37 822	2.7	2	33 000				
80 000	10.9	3.4	326 100	0.9	0.1	0.3	0.9
430 000		38.4					
		13			1.0		
		29	10 800				
27 500	11.4	11.4	27 500				
1 314 620	26	27.2					
1 500	4.2	8.5					
82 500	21.8	21	82 500				
22 200	12.1		22 200				0.5
71 000							
7 356	17	45	7 400				
350 300	20.9		350 300	0.3	0.6	0.6	
30 000		36					
	5.1						1.0
	12.1						
907							
31	20	27	19	6	5	3	6
5 004 470	4.6	9.0	1 096 300	0.1	0.0	0.0	0.1

Peuples autochtones

Selon la Banque mondiale, il y a 476 millions d'autochtones dans le monde, soit environ 6 % de la population mondiale.⁷² On estime qu'ils représentent 19 % de l'extrême pauvreté mondiale. Cependant, il existe un manque de données sur la santé et d'autres indicateurs clés de développement pour les populations autochtones.⁷³

Les données disponibles montrent une prévalence de l'extrême pauvreté et de graves disparités en matière de santé, y compris la tuberculose, parmi les peuples autochtones. Étant donné que les populations autochtones sont confrontées à des niveaux disproportionnés d'extrême pauvreté, elles sont sensibles à la tuberculose pour des raisons liées à un logement insalubre, au manque d'accès aux soins et aux services de santé, aux barrières culturelles et linguistiques et à l'éloignement géographique.⁷⁴

Les données sur l'incidence de la tuberculose dans les populations autochtones peuvent être difficiles à obtenir car ces groupes sont souvent marginalisés. Dans certains pays, l'utilisation d'une combinaison de différentes sources produira une meilleure image de la situation de la tuberculose pour les peuples autochtones.

Le tableau ci-dessous contient des informations basées sur le rapport du Groupe de travail international pour les affaires autochtones *Le monde autochtone de 2022*⁷⁵ et le rapport *mondial de l'OMS sur la tuberculose*⁷⁶ dans les 49 pays identifiés par l'OMS comme fortement touchés par la tuberculose.

EN SAVOIR PLUS :

72. Peuples autochtones

<https://www.worldbank.org/en/topic/indigenouspeoples>

73. Dossier sur les populations clés : peuples autochtones

https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/6_27-unops-kpb-indigenous-web.pdf

74. Ibid

75. The indigenous world 2022

https://www.iwgia.org/doclink/iwgia-book-the-indigenous-world-2022-eng/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWII-Ojpd2dpYS1ib29rLXR0ZS1pbmR2Z2Vub3VzLXdvcmxkLTlwM-jHtZW5nliwiaWF0IjoxNjUxMTM5NTg1LCJleHAiOiJlE2NTYyMjU0ODV9.jRnv3PeantfRZtjg4jph8xdshK5Mh25Z3hlcPs9As_U

76. Rapport mondial sur la tuberculose de 2022

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>



— Données sur les populations autochtones dans les pays à forte prévalence de tuberculose

PAYS À FORTE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE DE L'OMS EN 2022

Pays	TB	TB/VIH	TB-MR/TB-RR
Angola	Y		Y
Azerbaïdjan			Y
Bangladesh	Y		Y
Biélorussie			Y
Botswana		Y	
Bésil	Y	Y	
Cameroun		Y	
République centrafricaine	Y	Y	
Chine	Y	Y	Y
Congo	Y	Y	
RPD de Corée	Y		Y
RD Congo	Y	Y	Y
Eswatini		Y	
Éthiopie	Y	Y	
Gabon	Y	Y	
Guinée		Y	
Guinée-Bissau		Y	
Inde	Y	Y	Y
Indonésie	Y	Y	Y
Kazakhstan			Y
Kenya	Y	Y	
Kirghizstan			Y
Lesotho	Y	Y	
Libéria	Y	Y	
Malawi		Y	
Mongolie	Y		Y
Mozambique	Y	Y	Y
Myanmar	Y	Y	Y
Namibie	Y	Y	
Népal			Y
Nigeria	Y	Y	Y
Pakistan	Y		Y
Papouasie Nouvelle-Guinée	Y		Y
Pérou			Y
Philippines	Y	Y	Y
République de Moldavie			Y
Fédération de Russie		Y	
Sierra Leone	Y		
Somalie			Y
Afrique du Sud	Y	Y	Y
Tadjikistan			Y
Thaïlande	Y	Y	
Ouganda	Y	Y	
Ukraine			Y
République unie de Tanzanie	Y	Y	
Ouzbékistan			Y
Vietnam	Y		Y
Zambie	Y	Y	Y
Zimbabwe		Y	
Pays avec données (49 max)			
Total	30	30	30

THE INDIGENOUS WORLD 2022 (2 FEB. 2023)

OMS (25 JAN. 2023)

Année	% de la population totale	Nombre d'autochtones	Nombre total de personnes atteintes de tuberculose (toutes formes confondues) signalées en 2021
			63 970
			4 944
2011	1.8	1 586 141	307 561
			1 696
2016	3.2		2 368
2010		896 900	88 099
			22 866
			13 428
			593 743
			12 152
			93 597
			215 787
			2 049
			104 854
			5 201
			19 092
			2 505
	8.6		2 116 976
			443 235
			10 008
2011	25	9 650 000	77 854
			5 199
			4 553
			7 441
			14 594
			2 823
			98 485
			65 125
2021	8	2 678 191	6 864
2011	36	10 872 000	28 677
			207 785
			343 024
			30 180
2007		4 000 000	26 437
2011	15	14 100 000	328 497
			2 248
			79 686
			17 669
			17 504
	1	5 900 000	181 864
			4 299
2002	9.7	6 100 000	72 851
			76 268
			19 793
			87 415
			15 450
	14.7		78 935
			50 825
2021	0.0	4 533	16 541
	11	11	49
			6 093 017

Enfants

En 2021, 1,2 million d'enfants sont tombés malades de la tuberculose.⁷⁷ Le taux de réussite du traitement chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) en 2020 était de 88 %.⁷⁸ Cependant, les méthodes de diagnostic sous-optimales et la mauvaise observance du dépistage par les médecins signifient que les enfants sont confrontés à des obstacles encore plus importants à l'accès aux soins antituberculeux que les adultes. Les enfants constituent souvent une population vulnérable au sein d'autres populations déjà vulnérables - en particulier les PVVIH.⁷⁹

À l'échelle mondiale, les données sur les enfants sont facilement disponibles. Les informations sur la tuberculose chez les enfants sont accessibles à partir de diverses sources :

- *Rapport mondial sur la tuberculose 2022 de l'OMS⁸⁰* fournit des informations sur les signalements de cas de tuberculose, les personnes atteintes de tuberculose testées pour le VIH, la co-infection tuberculose/VIH, le traitement du VIH (TPT) et le traitement préventif de la tuberculose (thérapies préventives co-trimoxazole et isoniazide) dans plus de 200 pays/territoires.
- L'Observatoire mondial de la santé⁸¹ de l'OMS fournit des informations sur la couverture vaccinale contre la tuberculose par le bacille de Calmette-Guérin (BCG) chez les enfants d'un an et sur le nombre de cas incidents de tuberculose chez les enfants de 0 à 14 ans.

Autres ressources utiles pour des informations sur les enfants et la tuberculose :

- AIDSInfo de l'ONUSIDA⁸² fournit des chiffres sur les enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH.
- Les données de l'UNICEF⁸³ fournissent des informations sur des sujets tels que la vaccination et le VIH/sida.

Le tableau suivant présente les données disponibles pour les 49 pays à forte prévalence de tuberculose.

EN SAVOIR PLUS :

77. Fiche d'information : Tuberculose

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

78. Rapport mondial sur la tuberculose de 2022

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>

79. Dossier sur les populations clés : enfants

https://www.stoptb.org/sites/default/files/kpbrief_children_eng_web.pdf

80. Rapport mondial sur la tuberculose de 2022

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>

81. Observatoire mondial de la santé de l'OMS

<https://www.who.int/data/gho/>

82. AIDSInfo

<https://aidsinfo.unaids.org/>

83. Tableau de bord des estimations de la couverture de l'immunisation en 2023

<https://data.unicef.org/>



— Données sur les enfants dans les pays à forte prévalence de tuberculose

PAYS À FORTE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE DE L'OMS EN 2022				BANQUE MONDIALE (26 JAN. 2023)
Pays	TB	TB/VIH	TB-MR/TB-RR	Population totale d'enfants (0-14 ans)
Angola	Y		Y	15 588 500
Azerbaïdjan			Y	2 425 450
Bangladesh	Y		Y	44 799 780
Biélorussie			Y	1 572 940
Botswana		Y		851 970
Bésil	Y	Y		44 024 040
Cameroun		Y		11 540 520
République centrafricaine	Y	Y		2 629 450
Chine	Y	Y	Y	249 536 790
Congo	Y	Y		2 416 090
RPD de Corée	Y		Y	4 921 230
RD Congo	Y	Y	Y	44 614 750
Eswatini		Y		417 640
Éthiopie	Y	Y		48 066 300
Gabon	Y	Y		852 730
Guinée		Y		5 660 870
Guinée-Bissau		Y		835 870
Inde	Y	Y	Y	361 569 240
Indonésie	Y	Y	Y	69 742 690
Kazakhstan			Y	5 611 490
Kenya	Y	Y		20 351 590
Kirghizstan			Y	2 306 300
Lesotho	Y	Y		777 940
Libéria	Y	Y		2 129 950
Malawi		Y		8 583 540
Mongolie	Y		Y	1 085 720
Mozambique	Y	Y	Y	14 012 750
Myanmar	Y	Y	Y	13 385 960
Namibie	Y	Y		916 070
Népal			Y	8 827 830
Nigeria	Y	Y	Y	92 372 970
Pakistan	Y		Y	85 480 180
Papouasie Nouvelle-Guinée	Y		Y	3 440 790
Pérou			Y	8 877 310
Philippines	Y	Y	Y	34 889 270
République de Moldavie			Y	517 970
Fédération de Russie		Y		25 418 650
Sierra Leone	Y			3 316 880
Somalie			Y	8 063 870
Afrique du Sud	Y	Y	Y	17 029 520
Tadjikistan			Y	3 550 260
Thaïlande	Y	Y		11 313 240
Ouganda	Y	Y		20 722 070
Ukraine			Y	6 666 750
République unie de Tanzanie	Y	Y		27 729 190
Ouzbékistan			Y	10 499 310
Vietnam	Y		Y	21 974 310
Zambie	Y	Y	Y	8 424 530
Zimbabwe		Y		6 540 280
Pays avec données (49 max)	30	30	30	49
Total				1 381 222 470

ONUSIDA (26 JAN. 2023)		OBSERVATOIRE MONDIAL DE LA SANTÉ DE L'OMS (26 JAN. 2023)	
Nombre d'enfants vivant avec le VIH (0-14 ans) (2021)	% de naissances vivantes qui ont reçu le vaccin BCG (2021)	Nombre de cas d'incidents de tuberculose chez les enfants de 0 à 14 ans (2021)	% d'enfants qui sont des contacts familiaux de cas de tuberculose bactériologiquement confirmée sous traitement préventif
36 000	56	16 000	
500	95	360	100
500	99	30 000	38
500	98	110	77
6 600	98	520	
	63	5 100	56
33 000	77	4 900	51
6 000	61	4 200	50
	99	36 000	
12 000	81	2 500	4
	95	11 000	99
63 000	67	43 000	52
7 200	97	320	63
42 000	68	16 000	76
2 500	86	1 200	
11 000	72	2 000	95
3 700	34	1 200	14
70 000	84	356 000	24
19 000	81	89 000	3.7
500	94	700	55
83 000	97	16 000	32
500	97	720	11
9 700	96	1 200	92
2 500	81	2 600	7.2
58 000	89	3 800	47
	99	1 200	8.3
	79	18 000	89
9 700	48	19 000	6.6
7 600	99	1 200	58
1 200	95	4 400	36
170 000	75	69 000	12
4 600	93	81 000	3
3 500	42	12 000	27
1 500	87	2 900	29
750	47	100 000	5.5
200	98	180	47
	95	3 700	100
11 000	74	2 600	
850	37	8 900	
270 000	86	30 000	57
940	98	560	100
2 000	99	3 500	100
88 000	83	13 000	50
2 700	86	1 200	100
96 000	75	22 000	75
6 100	99	3 000	67
4 900	88	6 100	52
66 000	92	8 400	35
72 000	88	3 600	50
43	49	49	43
1 287 240	82.2	1 059 870	44.0

Pauvres des zones urbaines

Selon ONU-Habitat, plus d'un milliard de personnes dans le monde vivent dans des bidonvilles.⁸⁴ Dans les pays en développement, le taux de pauvreté urbaine peut atteindre 80 % dans certaines régions.⁸⁵ En 2023, on estime que 56 % de la population mondiale vivait dans des zones urbaines, et ce nombre devrait atteindre près de 70 % d'ici 2050.⁸⁶

Les pauvres des zones urbaines n'ont souvent pas accès à un logement sûr et abordable, à l'eau potable, à un assainissement adéquat, aux soins de santé et à l'éducation. Cela peut entraîner une série de problèmes de santé et sociaux, y compris la malnutrition et la maladie, ainsi que l'augmentation de leur vulnérabilité à la tuberculose.

La base de données d'ONU-Habitat sur les indicateurs urbains⁸⁷ fournit des informations sur l'urbanisation, le logement et les établissements humains, avec des statistiques aux niveaux mondial, régional et national sur les pauvres des zones urbaines, y compris des données sur les populations des bidonvilles et le taux de pauvreté urbaine.

La Banque mondiale⁸⁸ collecte et communique des données sur la pauvreté, les inégalités et d'autres indicateurs de développement. Ses bases de données fournissent des statistiques sur la pauvreté urbaine pour les pays en développement, ainsi que des données sur les programmes et initiatives de réduction de la pauvreté.

Le rapport du PNUD sur le développement humain⁸⁹ fournit un classement annuel des pays sur la base d'une série d'indicateurs, y compris les taux de pauvreté, l'accès aux services de base et l'inégalité des revenus.

EN SAVOIR PLUS :

84. Rapport sur les villes du monde 2022 : Envisager l'avenir des villes
https://unhabitat.org/sites/default/files/2022/06/wcr_2022.pdf

85. Judy L. Baker "Urban Poverty: A Global View" (2008), The World Bank, Washington D.C.

86. Aperçu du développement urbain
<https://www.worldbank.org/en/topic/urbandevelopment/overview>

87. Base de données d'ONU-Habitat sur les indicateurs urbains
<https://data.unhabitat.org/>

88. Données ouvertes de la Banque mondiale
<https://data.worldbank.org/>

Plateforme de la Banque mondiale sur la pauvreté et les inégalités
<https://pip.worldbank.org/home>

89. Le rapport sur le développement humain 2021-22
<https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>



— Données sur les pauvres des zones urbaines dans les pays à forte prévalence de tuberculose

PAYS À FORTE PRÉVALENCE DE TUBERCULOSE DE L'OMS EN 2022

Pays	TB	TB/VIH	TB-MR/TB-RR
Angola	Y		Y
Azerbaïdjan			Y
Bangladesh	Y		Y
Biélorussie			Y
Botswana		Y	
Brésil	Y	Y	
Cameroun		Y	
République centrafricaine	Y	Y	
Chine	Y	Y	Y
Congo	Y	Y	
RPD de Corée	Y		Y
RD Congo	Y	Y	Y
Eswatini		Y	
Éthiopie	Y	Y	
Gabon	Y	Y	
Guinée		Y	
Guinée-Bissau		Y	
Inde	Y	Y	Y
Indonésie	Y	Y	Y
Kazakhstan			Y
Kenya	Y	Y	
Kirghizstan			Y
Lesotho	Y	Y	
Libéria	Y	Y	
Malawi		Y	
Mongolie	Y		Y
Mozambique	Y	Y	Y
Myanmar	Y	Y	Y
Namibie	Y	Y	
Népal			Y
Nigeria	Y	Y	Y
Pakistan	Y		Y
Papouasie Nouvelle-Guinée	Y		Y
Pérou			Y
Philippines	Y	Y	Y
République de Moldavie			Y
Fédération de Russie			
Sierra Leone	Y		
Somalie			Y
Afrique du Sud	Y	Y	Y
Tadjikistan			Y
Thaïlande	Y	Y	
Ouganda	Y	Y	
Ukraine			Y
République unie de Tanzanie	Y	Y	
Ouzbékistan			Y
Vietnam	Y		Y
Zambie	Y	Y	Y
Zimbabwe		Y	
Pays avec données (49 max)	30	30	30
Total			

RAPPORT D'ONU-HABITAT SUR LES VILLES DU MONDE (2022)		ONU-HABITAT (2018) (2 FEB. 2023)	OMS (2 FEB. 2023)	
Proportion de la population urbaine vivant dans des bidonvilles (ménages)	Population urbaine vivant dans des ménages de bidonvilles (2020) (en milliers)	Population urbaine vivant dans des bidonvilles par pays ou zone (1990-2018)	Total des cas de TB (toutes formes confondues) signalés en 2021	Taux d'incidence de la tuberculose par 100 000 habitants (2021)
62.6	13 733	9 476	63 970	325
			4 944	
51.9	33 619	29 025	307 561	221
2.3	170	3 358	1 696	
39.6	678		2 368	
			88 099	48
32.7	4 882	3 422	22 866	
		1 930	13 428	540
			593 743	55
44.2	1 708	1 708	12 152	370
			93 597	337
78.4	32 010	30 018	215 787	318
10.8	38		2 049	
64.3	15 733	14 775	104 854	119
		674	5 201	513
49	2 485	2 392	19 092	
60.8	538	647	2 505	
49	236 771	160 330	2 116 976	210
19.4	29 929	44 859	443 235	354
0.8	86	1 112	10 008	
50.8	7 609	6 354	77 854	251
2.4	57	189	5 199	
25.6	172	394	4 553	614
63.8	1 698	1 654	7 441	308
49.8	1 760	2 172	14 594	
17.9	394	792	2 823	428
55	6 583	8 444	98 485	305
58.3	9 947	9 404	65 125	360
		554	6 864	457
40.3	2 508	2 882	28 677	
49	52 466	52 605	207 785	219
56	43 345	27 954	343 024	264
			30 180	424
		8 396	26 437	
36	22 144	22 144	328 497	650
		1 213	2 248	
50.6	1 749	1 936	17 669	289
	5 025	5 025	17 504	
24.2	9 571	10 059	181 864	513
17.1	445	583	4 299	
6.8	2 426	8 471	72 851	143
54	6 360	4 838	76 268	163
		5 497	19 793	
40.9	9 040	8 021	87 415	208
	9 556	9 556	15 450	
5.8	2 118	4 670	78 935	173
48.3	4 023	4 853	50 825	307
21.6	1 229	1 579	16 541	190
39	37	42	6 093 017	9723



ANNEXE C

Estimation de la taille de la population pour combler les lacunes dans les données

Compte tenu des lacunes dans les données utilisées pour éclairer la planification des programmes de lutte contre la tuberculose, il est essentiel que des données exploitables soient collectées sur la PCV de la tuberculose. Il existe peu de données quantitatives sur la prévalence de la tuberculose, l'exposition et les obstacles à l'accès aux services pour les PCV TB (comme la stigmatisation et la discrimination), et la qualité des données existantes varie considérablement. La manière dont les données quantitatives sont collectées affecte la capacité des chercheurs à interpréter les résultats.⁹⁰

Cette annexe fournit des recommandations sur la façon de collecter et d'analyser les données des PCV TB (dont beaucoup sont considérées comme difficiles à atteindre à des fins de recherche), pour orienter les améliorations de la politique de prévention de la tuberculose, la planification des réponses et le suivi des progrès et de la responsabilité dans la réalisation des buts et objectifs du programme de lutte contre la tuberculose. Plus précisément, ce document se concentre sur deux sujets méthodologiques importants :

1. Échantillonnage des PCV TB (en particulier celles qui ne disposent pas de ce que l'on appelle *bases d'échantillonnage*,
2. Estimation de la taille des PCV TB (« estimations de la taille de la population »).

Les études des PCV TB sont généralement spécialisées et ciblées géographiquement.

Du fait que les PCV TB sont souvent difficiles à trouver parmi les populations générales, il serait excessivement coûteux de les échantillonner par le biais d'enquêtes nationales auprès des ménages ou d'enquêtes en grappes.⁹¹ Dans certains cas, plusieurs enquêtes sur les PCV dans différentes zones géographiques peuvent être extrapolées pour fournir des approximations pour les estimations nationales de cette population clé.

En examinant les différentes méthodes décrites ci-dessous, gardez à l'esprit les deux objectifs standard de l'échantillonnage des PCV TB :

- Estimer la prévalence de la tuberculose,
- Mesurer l'exposition, les risques, la stigmatisation, la discrimination, la couverture des services et d'autres facteurs liés à la tuberculose.

L'objectif aura un impact sur la façon dont la population est échantillonnée. Toutes les méthodes présentées dans cette section impliquent la participation active des PCV TB elles-mêmes et respectent les principes de la recherche liés aux droits de l'homme : respect de la vie privée, confidentialité et consentement éclairé.

EN SAVOIR PLUS :

90. Les méthodes d'échantillonnage décrites dans cette section consistent à collecter des données quantitatives, plutôt que qualitatives, à partir des PCV.

91. Kalton G, Anderson DW (1986) "Sampling Rare Populations" Journal of Royal Statistical Society Series A. 149(1):65.

1. Probabilité traditionnelle

L'échantillonnage est l'élément des statistiques concernant la sélection des individus parmi une population d'intérêt.⁹² Idéalement, l'objectif est de collecter des données auprès d'une proportion beaucoup plus faible d'une population et, en raison de la manière dont les données sont collectées, de faire en sorte que les informations tirées de ces données décrivent l'ensemble de la population échantillonnée (et pas seulement l'échantillon même). Les méthodes d'échantillonnage sont classées en deux catégories : probabilités ou non probabilités

- Dans l'échantillonnage basé sur les probabilités, chaque membre de la population a une probabilité connue d'être sélectionné. Les méthodes d'échantillonnage basées sur les probabilités comprennent *l'échantillonnage aléatoire*, *l'échantillonnage systématique*, *l'échantillonnage stratifié* et, pour les PCV, peuvent inclure *l'échantillonnage guidé par les répondants* (RDS) et *l'échantillonnage espace-temps* (TLS).
 - Lorsqu'il est mis en œuvre correctement, l'échantillonnage basé sur les probabilités donne des estimations impartiales et à une grande validité externe.
 - La plupart des échantillonnages basés sur les probabilités reposent sur la capacité de la population à être répertoriée dans son intégralité, afin que tout le monde ait une chance égale d'être sélectionné dans cette liste.
 - L'avantage de l'échantillonnage probabiliste est que *les erreurs d'échantillonnage* peuvent être calculées (c'est-à-dire la mesure dans laquelle un échantillon diffère de la population).

- Dans l'échantillonnage non probabiliste, les membres sont sélectionnés dans la population d'une manière non aléatoire. Les méthodes d'échantillonnage non probabilistes comprennent *l'échantillonnage de commodité*, *l'échantillonnage de jugement*, *l'échantillonnage de quotas* et *l'échantillonnage en boule de neige*, et elles produisent souvent des estimations biaisées.
 - Dans l'échantillonnage non probabiliste, l'erreur d'échantillonnage est inconnue.

Dans les pays à forte charge de tuberculose, les efforts pour contrôler la transmission de la tuberculose et surveiller le succès des programmes signifient que les PNLT s'intéressent aux PCV, dont certaines sont considérées comme *difficiles à atteindre* ou cachées vis-à-vis de l'échantillonnage. Ces populations comprennent les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que certains des groupes mentionnés dans le présent guide en tant que PCV TB : les migrants, les mineurs, les personnes qui utilisent des drogues (PWUD) et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). De plus, ces sous-populations manquent souvent de bases d'échantillonnage (l'appartenance au groupe ne peut pas être connue de manière exhaustive), sont rares dans la population et/ou appartiennent à des groupes stigmatisés et/ou illégaux (de sorte qu'elles préfèrent rester « cachées » et ne veulent pas nécessairement être identifiées comme membres de ces groupes). Cela empêche les chercheurs d'obtenir des estimations impartiales d'indicateurs importants en raison de la difficulté d'utiliser des méthodes d'échantillonnage probabiliste.

EN SAVOIR PLUS :

92. Cochran W.G. (1977) "Sampling Techniques", 3rd Edition, John Wiley & Sons, Hoboken

1.1 ÉCHANTILLONNAGE PROBABILISTE TRADITIONNEL

Échantillonnage probabiliste traditionnel Les techniques d'échantillonnage aléatoire traditionnelles exigent que la population ait une liste de membres, également appelée base d'échantillonnage. Cette base d'échantillonnage est utilisée pour mettre en place la sélection des participants. Si possible, ces méthodes d'échantillonnage doivent être utilisées à la place des méthodes d'échantillonnage de commodité. Trois techniques d'échantillonnage aléatoire couramment utilisées sont brièvement *décrites ci-dessous*.

1.1.1 L'échantillonnage aléatoire simple

Lorsqu'une base d'échantillonnage est disponible, les méthodes les plus robustes à utiliser sont *l'échantillonnage aléatoire simple* ou *l'échantillonnage en grappes à plusieurs niveaux*. À l'aide d'un cadre d'échantillonnage, un échantillon aléatoire simple est un échantillon dans lequel tous les sujets du cadre ont une probabilité égale d'être choisis. Un exemple serait de sélectionner dans un chapeau les noms de 100 employés d'une entreprise de 400 employés.

1.1.2 L'échantillonnage systématique

L'échantillonnage systématique repose sur l'organisation de la population cible selon un certain schéma d'ordonnement, puis sur la sélection des personnes de cette liste ordonnée à intervalles réguliers.

Par exemple, une usine dans une certaine ville pourrait avoir 400 employés qui sont des migrants. Si vous souhaitez échantillonner 100 de ces migrants, vous calculerez 400/100 pour sélectionner *l'intervalle d'échantillonnage*. Cela entraînerait la sélection d'une personne sur quatre sur la liste jusqu'à ce que la taille de l'échantillon soit atteinte. Gardez à l'esprit que la liste des sujets se terminera avant que l'échantillonnage ne soit terminé, vous devrez donc faire le tour de l'endroit où la liste a commencé avant d'atteindre votre taille d'échantillon (mais vous ne finirez pas par échantillonner la même personne deux fois).

1.1.3 L'échantillonnage stratifié

L'échantillonnage stratifié est utilisé lorsque la population a des sous-groupes importants – tels que les hommes et les femmes, ou les migrants de plusieurs pays différents – et que vous ne voulez pas que votre échantillon comprenne des sujets d'un seul sous-groupe. Tous les sujets sont organisés dans leurs strates appropriées (par exemple, les migrants du pays X, du pays Y et du pays Z). Chaque strate est ensuite échantillonnée en tant que sous-population indépendante, à partir de laquelle chaque sujet est sélectionné au hasard à l'aide d'un échantillonnage aléatoire simple ou systématique.

1.1.4 L'échantillonnage en grappes

De nombreuses enquêtes sur la prévalence de la tuberculose sont menées à l'aide d'un *échantillonnage en grappes à plusieurs niveaux*.⁹³ L'échantillonnage en grappes est utile pour échantillonner de grandes zones géographiques ou des sujets de groupes – par exemple, l'échantillonnage des travailleurs migrants dans plusieurs usines d'une grande ville.

Les groupes d'échantillonnage en grappes (ou grappes) sont sélectionnés, puis, à partir de chaque grappe, les sujets individuels sont échantillonnés par échantillonnage aléatoire simple ou systématique. Dans certaines enquêtes en grappes, tous les sujets éligibles seront échantillonnés dans chaque grappe. Si l'échantillonnage à partir de plusieurs niveaux de grappes – par exemple, un niveau de regroupement pourrait être les villes d'une province et le niveau suivant pourrait être les usines d'une ville – la méthode est appelée échantillonnage en grappes à plusieurs niveaux.

EN SAVOIR PLUS :

93. Tuberculosis prevalence surveys: A handbook <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44481>

1.2 L'ÉCHANTILLONNAGE NON PROBABILISTE

1.2.1 L'échantillonnage de commodité

L'échantillonnage de commodité ou l'échantillonnage ciblé implique l'échantillonnage de personnes relativement faciles à trouver ou à approcher. Ce type d'échantillonnage, très utilisé dans la recherche qualitative, doit être évité dans le processus de préparation d'une estimation de la taille de la population des PCV, car il échantillonne une partie sélectionnée de la population, ce qui donne des informations uniquement spécifiques aux sujets de l'échantillon.

Bien que l'échantillonnage de commodité soit plus facile à mener que l'échantillonnage de probabilité, les données recueillies par des méthodes de commodité produisent des échantillons biaisés qui ne sont pas généralisables à la population à partir de laquelle l'échantillon a été prélevé. Par exemple, si vous deviez échantillonner les travailleurs issus de l'immigration lorsqu'ils quittent leur lieu de travail en utilisant une méthode de commodité (par exemple, interroger ceux qui s'arrêteront et parleront avec vous), il se peut que tout le monde avec des enfants soit pressé de rentrer à la maison et que seules les personnes sans enfants aient le temps de s'arrêter et de parler. Il en résulterait un échantillon non représentatif.

1.2.2 L'échantillonnage par référence en chaîne

L'échantillonnage par référence en chaîne, également appelé *échantillonnage boule de neige*, consiste à demander aux sujets initiaux de recruter leurs pairs.⁹⁴ Dans certains cas, les sujets qui connaissent le plus de personnes sont autorisés à en inviter autant que possible, ce qui entraîne parfois la surreprésentation de certains types de personnes dans l'échantillon. Par exemple, si les migrants vivant dans la ville X qui consomment des drogues et sortent boire connaissent plus de gens, et qu'ils sont également plus susceptibles d'avoir des comportements à risque liés à la tuberculose, l'échantillon peut finir par inclure plus de ces types de personnes. L'interprétation des résultats pour les migrants vivant dans la ville X sera biaisée vers ceux qui consomment des drogues et sortent boire, plutôt que vers la population migrante plus large de la ville X.

1.2.3 Enquêtes auprès des établissements

Il s'agit d'enquêtes menées auprès de personnes qui se trouvent dans ou par l'intermédiaire d'une institution – par exemple, les personnes qui consomment des drogues peuvent être échantillonnées dans le cadre de programmes de réhabilitation des toxicomanes ou d'échange de seringues. Bien que des efforts puissent être faits pour randomiser la sélection des personnes utilisant le service, les résultats représenteront toujours les personnes associées au service échantillonné (par exemple, les personnes qui utilisent les services peuvent être plus riches, disposer de plus de temps, être en meilleure santé ou mieux éduquées).

EN SAVOIR PLUS :

94. Some problems of inference from chain data
http://www.columbia.edu/itc/hs/pubhealth/p8462/misc/erickson_lect4.pdf

1.3 MÉTHODES INNOVANTES D'APPLICATION DE L'ÉCHANTILLONNAGE PROBABILISTE POUR LES PCV TB

Comme les PCV ne disposent souvent pas de bases d'échantillonnage, des méthodes d'échantillonnage probabilistes innovantes ont été développées pour ces populations. Il existe deux méthodes de probabilité recommandées pour l'échantillonnage des populations cachées ou hautement marginalisées : *l'échantillonnage guidé par les répondants* (RDS) et *l'échantillonnage espace-temps* (TLS) (également appelé échantillonnage lieu-jour-heure). Chaque méthode doit être considérée à la place des méthodes d'échantillonnage de commodité et non probabilistes.

1.3.1 L'échantillonnage guidé par les répondants (RDS)

Le RDS échantillonne la population en tant que réseau, en s'appuyant sur les personnes pour recruter leurs pairs par le biais d'un processus de recrutement systématique. Si la population à échantillonner est réputée se connaître,⁹⁵ et qu'il est possible de trouver un petit nombre de membres de la population pour lancer l'échantillonnage, le RDS peut être une bonne option.

Le RDS est une forme modifiée d'échantillonnage par référence en chaîne, par lequel les gens recrutent leurs pairs à l'aide de coupons uniques numérotés. Cette méthode repose sur l'appartenance des membres de la PCV TB à des réseaux sociaux et sur leur capacité à recruter leurs pairs pour une enquête.

Le recrutement commence par un petit groupe diversifié et influent de « semences » (répondants éligibles) sélectionnées par les chercheurs. Comme les semences sont censées initier le recrutement, elles doivent connaître beaucoup d'autres personnes (c'est-à-dire avoir de grands réseaux sociaux). Chaque graine reçoit un nombre défini de coupons de recrutement (généralement deux ou trois) à donner à leurs pairs, qui présentent ensuite le coupon à un emplacement physique pour s'inscrire à l'enquête. Les recrues éligibles

qui terminent le processus d'enquête reçoivent à leur tour un nombre déterminé de coupons pour recruter leurs pairs. Les pairs recrutés des semences qui s'inscrivent à l'enquête deviennent des répondants de la première vague, et les recrues des répondants de la première vague deviennent des répondants de la deuxième vague. La population d'intérêt doit être suffisamment importante pour éviter les doublons.⁹⁶

Le recrutement de pair à pair se poursuit par vagues successives jusqu'à ce que la taille de l'échantillon calculé soit atteinte. Au final, les vagues produites par les semences efficaces constituent des chaînes de recrutement de longueurs variables. L'objectif est de créer de longues chaînes de recrutement (souvent jusqu'à huit personnes ou plus) composées de plusieurs vagues. Il existe des incitations nominales pour le recrutement par les pairs et la participation à l'enquête tout au long du processus de recrutement. Les incitations, ainsi que la pression modifiée des pairs (par exemple, une personne qui participe à l'enquête pour faire plaisir à son recruteur), encouragent les gens à participer et, à leur tour, à influencer leurs pairs pour qu'ils le fassent également. Dans le RDS, les coupons sont utilisés pour :

1. Fournir des informations sur l'étude, l'heure et le lieu du site de l'étude aux recrues potentielles (en tenant compte de la langue et des modalités de communication).
2. Lier les recrues et leurs recruteurs grâce à un système de numérotation unique.
3. Suivre la progression globale du recrutement et gérer les paiements incitatifs aux participants et aux recruteurs.

EN SAVOIR PLUS :

95. Par exemple, les personnes qui consomment de la drogue en achètent, en vendent et en consomment entre elles. De plus, ils ont un large éventail de relations entre eux (amis, relations domestiques – colocataires, conjoints, amants – et ainsi de suite).

96. Utiliser les logiciels statistiques du groupe de recherche sur les méthodes pour les populations difficiles à atteindre
<http://www.hpmsg.org/>

Le tableau ci-dessous décrit certains des défis posés par le recours au RDS, ainsi que des recommandations sur la façon de bien l'utiliser, pour échantillonner les PCV TB.

— Défis et recommandations concernant l'utilisation du RDS pour échantillonner les PCV TB⁹⁷

Défis	Recommandations
La popularité du RDS a conduit à faire fi du respect rigoureux des exigences en matière de mise en œuvre et d'analyse.	Examiner et comprendre les documents pertinents sur la conduite du RDS ; utiliser les directives du RDS ; ⁹⁸ rechercher d'autres chercheurs ayant utilisé avec succès le RDS ; obtenir une assistance technique professionnelle ; utiliser un protocole écrit qui a été examiné par des experts ; veiller au respect du protocole.
Veiller à ce que les chaînes de recrutement soient longues dans les limites de la taille de l'échantillon et des délais.	Assurer de très longues chaînes de recrutement (idéalement >8 vagues) ; porter une attention particulière au nombre, au degré et à la diversité des semences sélectionnées ; assurer un nombre suffisant de semences à haut risque de tuberculose afin de capturer suffisamment de répondants pertinents pour l'analyse.
Sélection des semences pour maximiser l'atteinte de l'équilibre.	Mener des recherches préalables à l'enquête pour sélectionner des semences largement représentatives de la population clé de la tuberculose.
Déterminer les incitations appropriées pour maximiser la participation.	Mettre en œuvre des recherches préalables à l'enquête pour déterminer les incitations appropriées ; évaluer la valeur économique des biens dans chaque contexte ; demander aux populations clés de la tuberculose leur motivation à participer à une enquête RDS pour planifier des incitations pour de futures études ; être créatif.
Déterminer l'incitation appropriée pour minimiser les répétitions.	Mettre en œuvre des recherches préalables à l'enquête pour déterminer les incitations appropriées ; évaluer la valeur économique des biens dans chaque contexte ; expliquer aux recruteurs que s'ils donnent leur coupon à une personne jugée inéligible en raison de sa participation préalable, ils ne recevront pas d'incitation au recrutement pour cette personne ; être créatif.
Gestion de plusieurs sites de collecte de données et du personnel.	Évaluer le raisonnement derrière avoir plusieurs sites de recrutement ; embaucher du personnel ayant une expérience personnelle ou professionnelle avec des PCV ; avoir des rôles de personnel désignés avec une formation adéquate ; développer un protocole de communication pour assurer le croisement entre les sites et coordonner la collecte des données.
Vérification de l'appartenance au groupe échantillonné.	Embaucher et former un « vérificateur » dont le seul travail est de vérifier l'éligibilité et d'inscrire les participants ; utiliser des membres des populations clés de la tuberculose comme personnel de dépistage ; développer des questions de dépistage auxquelles seules les populations clés peuvent répondre avec précision.

Il y a quelques innovations RDS utilisées par les programmes de lutte contre le VIH qui pourraient être envisagées. Par exemple, le RDS en ligne est très efficace et efficient, et les chaînes de référencement peuvent être traitées rapidement (des estimations raisonnables suggèrent qu'il est 20 fois plus rapide que le RDS traditionnel). Un autre est RDS utilisant des plateformes de médias sociaux.

EN SAVOIR PLUS :

97. Adapted from: Update for sampling most-at-risk and hidden populations for HIV biological and behavioral surveillance. https://www.researchgate.net/publication/259758910_Update_for_sampling_most-at-risk_and_hidden_populations_for_HIV_biological_and_behavioral_surveillance

98. Johnston, LG and Malekinejad M. (2015) "Respondent-Driven Sampling for Migrant Populations" in Migration and Health: A Research Methods Handbook. Eds. Castaneda VMB, Rodriguez-Lai Schenker; Applying respondent driven sampling to migrant populations: Lessons from the field see Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance (Module 4): Introduction to respondent-driven sampling https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2013_EN_1539.pdf

99. Resource guide: Time location sampling (TLS) <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/tls-res-guide-2nd-edition.pdf>

100. Adapted from Update for sampling most-at-risk and hidden populations for HIV biological and behavioral surveillance https://www.researchgate.net/publication/259758910_Update_for_sampling_most-at-risk_and_hidden_populations_for_HIV_biological_and_behavioral_surveillance

1.3.2 L'échantillonnage espace-temps (TLS)

Le TLS repose sur le fait que les membres de la population sont accessibles sur des sites visibles. Lorsque ces sites peuvent être entièrement répertoriés et la population dénombrée par le biais d'un exercice de cartographie, les sites peuvent être sélectionnés de manière aléatoire et échantillonnés en tant que grappes.

Le TLS peut être utilisé pour échantillonner les PCV TB lorsqu'elles ont tendance à se réunir ou à se rassembler dans des lieux identifiants et accessibles, tels que certains coins de rue, marchés, nœuds de transport ou autres.⁹⁹ La méthode consiste à identifier les jours et les heures où les PCV TB se rassemblent dans ces lieux, à construire une base d'échantillonnage d'unités de temps et de lieu (les unités d'échantillonnage primaires), à sélectionner aléatoirement parmi ces unités de temps et de lieu, puis à se rendre dans ces unités de temps et de lieu, et à atteindre systématiquement (souvent appelé « interception ») les membres des PCV TB et à collecter des informations auprès de ceux qui ont donné leur consentement éclairé. Le nombre total de PCV

TB à chaque emplacement fournit un poids d'échantillonnage qui peut être utilisé a priori, pour prélever un échantillon d'auto-pondération, ou *post priori*, dans l'analyse.

La collecte des données peut avoir lieu sur place, si l'espace (ou le propriétaire du lieu) le permet, sur un site mobile à proximité du lieu (comme une camionnette), ou en prenant rendez-vous pour que la PCV TB se rende sur un site d'étude désigné. La contribution majeure du TLS par rapport aux autres méthodes d'échantillonnage en grappes est la capacité à tenir compte du fait que les populations d'intérêt ne sont pas statiquement associées à un emplacement particulier et se déplacent souvent entre plusieurs emplacements au cours d'une même journée. En tant que tel, le TLS permet aux chercheurs de construire un échantillon avec des propriétés connues, de faire une inférence statistique à la plus grande population de visiteurs du lieu et de théoriser sur l'introduction de biais qui peuvent limiter la généralisation des résultats à la population cible.

Le tableau ci-dessous décrit quelques-uns des défis et des recommandations liés à l'utilisation du TLS pour échantillonner les PCV TB.

— Défis et recommandations concernant l'utilisation du TLS pour échantillonner les PCV TB¹⁰⁰

Défis	Recommandations
Représentativité des populations clés de la tuberculose trouvées dans des endroits accessibles.	Mener des recherches préalables à l'enquête de haute qualité pour comprendre les populations clés d'intérêt pour la tuberculose et où elles se trouvent.
Manque d'analyses appropriées basées sur l'échantillonnage en grappes.	Faire appel à un statisticien ; utiliser des analyses correctes ; utiliser une pondération appropriée.
Biais systématique si les emplacements sont manqués.	Évaluer le potentiel des emplacements manqués et les minimiser ; tenir compte des biais potentiels dans les rapports
Biais si certains sous-groupes de populations ne fréquentent pas les lieux	Évaluer le potentiel des sous-populations manquées, en particulier les personnes plus malades ou qui rencontrent les obstacles les plus importants à l'accès aux services, et les minimiser ; tenir compte des biais potentiels dans les rapports.
Les propriétaires de lieux peuvent bloquer l'accès.	Rencontrer les propriétaires/gardiens des lieux avant l'échantillonnage ; documenter les sites où l'accès n'est pas accordé et collecter autant d'informations que possible sur les types d'individus manqués.
Les propriétaires de lieux peuvent vous permettre de parler brièvement avec les personnes concernées, puis de vous demander de les rencontrer en dehors des heures de bureau ou dans un autre lieu.	Rencontrer les propriétaires/gardiens des lieux avant l'échantillonnage ; être prêt à prendre des rendez-vous pour rencontrer des personnes hors site ; garder une trace de ceux qui sont approchés sur le site et qui ne se présentent pas pour un rendez-vous hors site.
Problèmes de sécurité.	Élaborer et mettre en œuvre des protocoles pour maintenir la sécurité du personnel, en particulier lors de l'engagement des personnes et des répondants sur le terrain ; inclure le personnel de sécurité dans l'équipe d'entretien si nécessaire.

Le type de population clé et l'existence ou non d'une base de sondage déterminent la méthode d'échantillonnage la plus cohérente à utiliser. Le tableau ci-dessous propose la méthode d'échantillonnage la plus appropriée pour chacune des PCV TB présentées dans ce document.

Types de PCV et méthodes d'échantillonnage recommandées pour chaque¹⁰¹

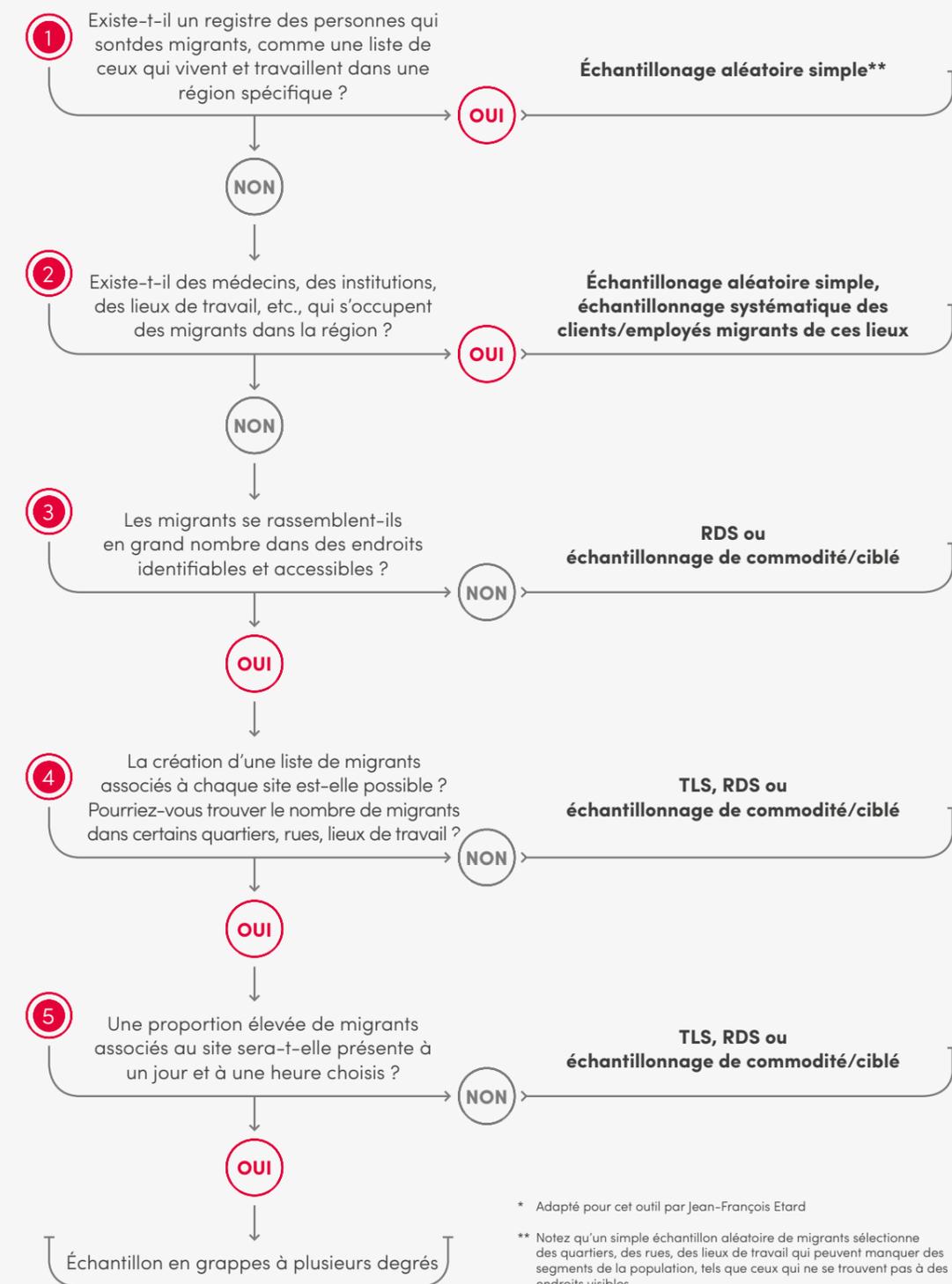
PCV	Méthode d'échantillonnage	Méthode d'échantillonnage
Migrants et réfugiés documentés dans les camps (cadre d'échantillonnage) ¹⁰²	Échantillonnage de tous les migrants (recensement), échantillonnage aléatoire	Souvent capturés lors d'un contrôle à la sortie ou au retour d'un pays
Migrants irréguliers sans-papiers et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (pas de cadre d'échantillonnage) ¹⁰³	RDS TLS	Les données sur les migrants irréguliers et internes et les personnes déplacées à l'intérieur du pays sont largement absentes
Mineurs du secteur formel ou syndiqués (cadre d'échantillonnage)	Échantillonnage de tous les migrants (recensement), échantillonnage aléatoire	Souvent contrôlés lors de leur travail dans les mines
Mineurs du secteur informel ou non syndiqués (pas de cadre d'échantillonnage)	RDS TLS	Habituellement échantillonnés à l'aide de méthodes de commodité
Prisonniers (en supposant qu'il existe un cadre d'échantillonnage)	Échantillonnage de tous les prisonniers, échantillonnage aléatoire	Souvent contrôlés en prison ; méthodes qualitatives ¹⁰⁴
Détenus (en supposant qu'il existe un cadre d'échantillonnage)	Échantillonnage aléatoire	Souvent contrôlés en détention ; méthodes qualitatives ¹⁰⁵
PWUD	RDS TLS ¹⁰⁶	Données limitées sur la tuberculose
PVVIH	RDS TLS Échantillonnage aléatoire (dans les établissements uniquement)	Régulièrement dépistés pour la tuberculose dans les cliniques ou les hôpitaux (mais sans tenir compte de ceux qui ne se rendent pas dans ces établissements)

La sélection de la méthode d'échantillonnage la plus appropriée nécessite d'évaluer de nombreux facteurs tels que l'existence d'un cadre d'échantillonnage ou d'une liste de PCV TB, le fait que la population soit socialement en réseau ou qu'elle passe du temps dans des lieux pouvant être cartographiés et abordés. La figure ci-dessous présente un algorithme pour sélectionner une méthode d'échantillonnage en utilisant l'exemple d'une population migrante.¹⁰⁷

EN SAVOIR PLUS :

- 101. Adapté pour cet outil par Jean-François Etard
- 102. Migrants basés dans des camps de réfugiés, documentés ou répertoriés sur leur lieu de travail.
- 103. Les personnes déplacées à l'intérieur du pays qui ne sont pas dans des camps et les sans-papiers.
- 104. HIV in prisons: Situation and needs assessment toolkit https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf
- 105. Ibid
- 106. Les méthodes varient en fonction du type de drogue consommée ou du comportement de consommation. Par exemple, si les PWUD sont identifiables à des endroits visibles, il est possible d'utiliser le TLS. S'ils sont socialement en réseau, il est possible d'utiliser le RDS.
- 107. Pour une description complète de toutes les méthodes d'échantillonnage décrites et plus de détails sur cette figure, voir l'article « Surveillance of Most at Risk Populations » <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/our-work/epidemiological-surveillance>

ALGORITHME DE SÉLECTION D'UNE MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE DANS UN EXEMPLE DE POPULATION*



* Adapté pour cet outil par Jean-François Etard

** Notez qu'un simple échantillon aléatoire de migrants sélectionne des quartiers, des rues, des lieux de travail qui peuvent manquer des segments de la population, tels que ceux qui ne se trouvent pas à des endroits visibles.

Critères d'éligibilité

Une définition claire de la population étudiée est essentielle pour la conception de la recherche et pour l'interprétation des données et des estimations produites par l'analyse. Les critères d'éligibilité décrivent les caractéristiques requises pour l'inclusion dans une étude. Outre l'âge, d'autres caractéristiques utilisées pour définir l'éligibilité aux études sur les PCV TB peuvent inclure le sexe (caractéristiques biologiques et physiologiques qui définissent les hommes et les femmes), l'orientation sexuelle, le comportement à risque, la période de référence du comportement (c'est-à-dire la consommation de drogues au cours des six derniers mois, a été en prison pendant au moins un mois), la zone géographique ou le lieu de résidence, la période d'exposition à la tuberculose et le statut VIH.

Calculs de la taille des échantillons

Ceux-ci dépendent des objectifs de l'enquête et du plan d'échantillonnage. Comme indiqué précédemment, l'enquête sur les populations clés de tuberculose a généralement deux objectifs : estimer la prévalence de la tuberculose et/ou mesurer les expositions associées à la tuberculose, au risque ou à la barrière. Étant donné que la prévalence de la tuberculose est généralement très faible, même auprès de PCV, de grandes tailles d'échantillons sont souvent nécessaires pour capturer suffisamment de personnes pour les mesurer. Il est recommandé de n'échantillonner que les PCV TB dont la prévalence de la tuberculose est estimée à un pour cent ou plus. Si l'objectif est de mesurer les expositions associées à la tuberculose ou la couverture du programme, la taille de l'échantillon peut être plus facile à gérer.

Inclure les PCV TB

Les membres des PCV TB doivent être inclus dans la planification, la conception, la collecte, l'analyse et la diffusion des données de l'enquête. Les membres des PCV TB ont été efficaces en tant que membres de l'équipe pour les études utilisant toutes les méthodes d'échantillonnage. Les PCV TB sont des participants essentiels dans le processus d'élaboration d'un questionnaire efficace qui a du sens pour la population étudiée. Ils peuvent

également être utiles dans le dépistage des personnes qui ne font pas partie d'une population clé de la tuberculose étudiée. Plus important encore, les PCV TB ont une connaissance unique de l'interprétation des résultats et de la manière d'utiliser les données pour concevoir les programmes de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins les mieux adaptés à leurs besoins.

Enfants des PCV TB

Bien que la plupart des enquêtes se concentrent sur la collecte d'échantillons et l'estimation de la taille de la population des adultes au sein des PCV TB, il ne faut pas négliger la compréhension des vulnérabilités à la maladie chez les plus jeunes membres au sein des PCV TB. Des recherches antérieures ont utilisé les méthodes décrites ci-dessus pour échantillonner les PCV TB difficiles à atteindre et ont réussi à inclure des participants de l'âge de 15 ans¹⁰⁸ dans des enquêtes pour adultes ; ces méthodes ont également été utilisées dans des enquêtes spéciales sur les enfants (avec ou sans parents) des PCV TB, généralement âgés d'à peine 10 ans.^{109,110,111}

Les obstacles éthiques et les difficultés liées à l'échantillonnage d'enfants susceptibles d'être membres d'une PCV TB ou d'avoir un lien de parenté avec une personne membre d'une PCV TB exigent que les personnes qui effectuent des recherches sur la tuberculose discutent davantage de la meilleure façon (et en toute sécurité) d'inclure les jeunes membres des PCV TB dans les enquêtes qui portent sur leur risque de maladie. Si l'enquête n'est menée qu'auprès des membres adultes des PCV TB, il faut envisager d'inclure des questions qui mesurent le risque de tuberculose et l'exposition à la tuberculose chez leurs enfants.

EN SAVOIR PLUS :

108. UNICEF, UNESCO, UNFPA, UNAIDS (2013) "Young KVP at Higher Risk of HIV in Asia and the Pacific: Making the Case with Strategic Information" Bangkok, Thailand: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office <https://www.childrenandaids.org/node/632>

109. Using time-location sampling for HIV surveillance in street youth <https://www.slideserve.com/Patman/using-time-location-sampling-for-hiv-surveillance-in-street-youth>

110. En savoir plus : Respondent-driven Sampling: A New Method for Studying Street Children with Findings from Albania" Vulnerable Child Youth Studies 2010 Apr 7;5(1):1-11

111. Bjørkhaug I and Anne Hatley A (2009). "Utilisation of Respondent Driven Sampling Among a Population of Child Workers in the Diamond Mining Sector of Sierra Leone." Global Public Health volume 4: Issue 1.

2. Méthodes d'estimation de la taille de la population

L'estimation de la taille des PCV est essentielle pour informer les décideurs et les responsables de programmes de la mesure dans laquelle les PCV contribuent à l'épidémie de tuberculose, ainsi que de la manière de cibler les interventions, de planifier les services et de mesurer la couverture des programmes de manière spécifique à ces populations. Pour les populations avec des bases d'échantillonnage, l'estimation de la taille des populations peut simplement être un décompte de celles figurant sur les listes.

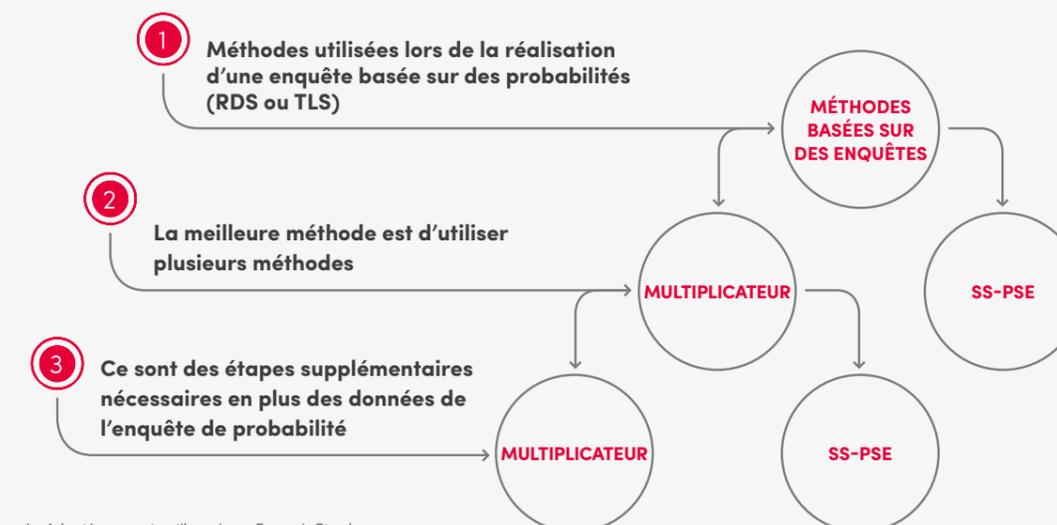
Obtenir des estimations de la taille de la population pour la tuberculose Pour les PCV qui

ne disposent pas de bases d'échantillonnage, une estimation de la taille de l'échantillon peut s'avérer nécessaire parallèlement à l'enquête. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées lors de la réalisation d'une enquête basée sur des probabilités : multiplicateur, estimation de la taille de la population par échantillonnage successif (SS-PSE) et capture-recapture (voir figure ci-dessous).¹¹²

EN SAVOIR PLUS :

112. Population size estimation methods: Searching for the Holy Grail <https://publichealth.jmir.org/2020/4/e25076/>

SÉLECTION D'UNE MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE POUR UNE ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION POUR LES PCV TB SANS BASES D'ÉCHANTILLONNAGE*



* Adapté pour cet outil par Jean-François Etard

2.1 MÉTHODES DE MULTIPLICATEURS

Les méthodes *uniques de multiplicateur d'objet et de service* impliquent des comptages de population indépendants qui se chevauchent pour extrapoler la taille globale de la population.¹¹³

2.1.1 Multiplicateur d'objet unique

Le multiplicateur d'objet unique consiste à distribuer des objets uniques aux membres de la population clé cible à un moment donné avant de lancer une étude basée sur des probabilités (TLS, RDS).

Le nombre d'objets distribués est compté (premier multiplicateur) et utilisé dans un calcul avec la proportion de ceux qui ont déclaré avoir reçu l'objet (deuxième multiplicateur) pour dériver une estimation de la population. Les objets uniques doivent être constitués d'un article qui a une valeur monétaire minimale (afin que les gens ne les donnent ni ne les vendent) et qui est facile à retenir. Parmi les objets uniques, on peut citer les porte-clés en plastique, une écharpe, une carte portant un slogan et une photo mémorables, un bracelet, un pendentif ou une lampe de poche.

Des objets uniques sont distribués dans chaque ville d'enquête par le personnel d'une organisation non gouvernementale (ONG), par du personnel recruté ou par d'autres personnes, aux personnes répondant aux critères d'éligibilité. Personne ne doit recevoir plus d'un objet et chaque personne qui reçoit un objet doit être invitée à se souvenir de l'objet, à ne pas le donner ou le vendre. Les personnes qui distribuent les objets uniques enregistreront des données sur le nombre d'objets distribués, le nombre d'objets refusés et les raisons de ces refus. Il est recommandé de distribuer 500 objets uniques. Pour mesurer le nombre de participants qui ont reçu un objet unique, chaque participant sera invité au cours de l'enquête à répondre à la question suivante : « Avez-vous reçu un XXXXX dans la semaine du [dates de distribution de l'objet unique] qui vous a été donné par XXXX ? »

2.1.2 Multiplicateur de service

Le multiplicateur de service utilise des données de service composées du nombre unique de membres de la population qui reçoivent un service dans chaque ville d'enquête au cours d'une période de six mois spécifiée. Le second multiplicateur est recensé lors de l'enquête probabiliste ultérieure en demandant à chaque répondant s'il a été exposé au service au moins une fois au cours de la même période de six mois spécifiée. Les données de service incluront les types de services que la population est susceptible d'utiliser. Pour mesurer le nombre de participants qui ont reçu des services, on leur demandera au cours de l'enquête : « Avez-vous visité [nom spécifique du service ici] pendant [période de six mois spécifiée] ? »

2.1.3 Multiplicateur d'événement unique

Une réunion est organisée (idéalement par un réseau de PCV TB), et le nombre de personnes qui y participent parmi la (les) population(s) clé(s) participante(s) est enregistré. Lors de l'enquête ultérieure, il est demandé aux participants s'ils ont assisté à la réunion.

Un exemple est présenté à la page suivante de l'utilisation de la méthode du multiplicateur de service chez les migrants francophones d'Afrique subsaharienne à Rabat.¹¹⁴

EN SAVOIR PLUS :

113. Unique object and unique event multipliers operations manual <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/ibbs-unique-object-event-op-man.pdf/>

114. Sex differences in HIV prevalence, behavioral risks and prevention needs among anglophone and francophone sub-Saharan African migrants living in Rabat, Morocco https://www.researchgate.net/publication/279630517_Sex_Differences_in_HIV_Prevalence_Behavioral_Risks_and_Prevention_Needs_Among_Anglophone_and_Francophone_Sub-Saharan_African_Migrants_Living_in_Rabat_Morocco



ÉTUDE DE CAS SUR L'UTILISATION DE MULTIPLICATEURS DE SERVICE DANS UN PROCESSUS D'ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION

En 2013, une enquête utilisant l'EFR a été menée auprès d'hommes et de femmes, âgés de 18 ans et plus, originaires de pays francophones d'Afrique subsaharienne, vivant et/ou travaillant en situation administrative irrégulière à Rabat et résidant au moins 3 mois au Maroc. Au cours de l'enquête, il a été demandé aux participants s'ils avaient visité une organisation non gouvernementale (ONG) locale entre le 1er juin et le 31 décembre 2012 (une période distincte juste avant le début de l'enquête). Vingt-deux pour cent des participants ont déclaré avoir visité cette ONG. En outre, la même ONG locale a été invitée à calculer le nombre de migrants francophones d'Afrique subsaharienne qui lui ont rendu visite entre le 1er juin et le 31 décembre 2012. L'ONG a calculé que 916 migrants francophones d'Afrique subsaharienne avaient visité l'ONG. Le calcul final est de 919/0,22, ce qui donne une estimation de la taille de la population de 4 227 migrants africains subsahariens francophones à Rabat.

2.2 L'ÉCHANTILLONNAGE SUCCESSIF ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION (SS-PSE)

La méthode SS-PSE ne peut être utilisée que dans les enquêtes utilisant RDS. Cette méthode utilise les données de taille sur le réseau social de chaque participant, recueillies au cours de l'enquête, pour quantifier la taille de la population en supposant que la distribution de la taille du réseau des vagues successives reflète un épuisement de la population. Les estimations utilisent un cadre bayésien (qui quantifie l'incertitude sur les quantités inconnues en les reliant à des quantités connues) intégrant des informations sur une « supposition » ou une connaissance préalable de la taille de la population échantillonnée. Les connaissances préalables peuvent provenir de l'opinion d'experts, d'enquêtes antérieures et d'autres sources. Le cadre bayésien permet également de calculer des intervalles de probabilité ; les données d'entrée nécessaires comprennent la taille des réseaux sociaux des participants, leur date d'inscription et qui a recruté qui (données standard collectées lors des enquêtes RDS). Les estimations sont calculées dans le logiciel RDS Analyst.¹¹⁵

2.2.1 La sagesse des foules

Ces estimations sont obtenues en demandant aux participants, dans chacune des villes de l'enquête, leur meilleure estimation du nombre le plus élevé, le plus bas et le plus exact de membres dans leurs populations respectives dans chaque ville. Cette méthode est peut-être la moins précise de toutes, mais elle peut contribuer à trianguler et à valider d'autres méthodes d'estimation de la taille de la population et peut servir de base à un a priori pour SS-PSE.

2.2.2 Les « meilleures suppositions » des ONG et des experts

Cette méthode utilise un dénombrement basé sur les estimations d'informateurs clés et d'ONG travaillant avec la population enquêtée dans chacune des villes étudiées. Les informateurs clés et les ONG de chaque site d'enquête seront interrogés sur le nombre le plus élevé, le plus bas et le plus exact de membres de la population dans chaque commune étudiée. Ces informations peuvent servir de base à l'établissement d'une antériorité pour le SS-PSE.

EN SAVOIR PLUS :

115. Disponible auprès du groupe de recherche sur les méthodes pour les populations difficiles à atteindre <http://hpmrg.org/rdsanalyst/>

2.3 LA CAPTURE-RECAPTURE

La capture-recapture, également appelée « marquage et recapture » ou « capture et libération », est mise en œuvre de la manière suivante :¹¹⁶

- Cartographier tous les sites où l'on peut trouver des membres du groupe de population clé.
- Rendez-vous sur ces sites et identifiez (certains parlent de « marquage ») tous les membres de la population présents sur le site en leur offrant un objet mémorable mais peu coûteux (comme indiqué précédemment, il peut s'agir de porte-clés en plastique, d'un foulard, d'une carte portant un slogan et une photo mémorables, d'un bracelet, d'un pendentif ou d'une lampe de poche).
- Gardez un compte du nombre de personnes étiquetées.
- Retournez sur les mêmes sites une semaine plus tard et marquez à nouveau toutes les personnes rencontrées. Comptez les individus qui ont été recensés dans le premier échantillon par rapport à ceux qui sont recensés pour la première fois dans le second échantillon.

Formule de la capture-recapture.

Nous recommandons de suivre la formule suivante :

- $N = MT/R$
- Où :
- N = taille totale estimée de la population
- M = nombre de membres de la population étiquetés/marqués lors de la première visite
- T = nombre total de membres de la population recapturés lors de la deuxième visite
- R = nombre de membres de la population étiquetés/marqués recapturés lors de la deuxième visite

Il existe d'autres méthodes innovantes, principalement utilisées par les programmes de lutte contre le VIH, qui méritent d'être prises en compte dans des situations spécifiques impliquant des PCV TB. Par exemple, *l'ajustement de l'échantillonnage dirigé par le répondant (RDS) à la méthode de suivi inversé (RTM)*. Il s'agit d'une méthodologie prometteuse qui combine les données de cartographie des lieux et les données du RDS pour estimer la taille de la population (corrigée des biais liés au double comptage et à la non-participation). Il peut être facilement intégré dans les études RDS, produisant des estimations plausibles de la taille des populations, et peut également valider et mettre à jour les cartes des populations clés pour la sensibilisation et l'échantillonnage basé sur les lieux.¹¹⁷

EN SAVOIR PLUS :

116. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44347/1/9789241599580_eng.pdf

117. Paul Wesson et al, Estimating the population size of female sex workers in Namibia using a respondent-driven sampling adjustment to the reverse tracking method: A novel approach (August 2018) JMIR Public Health and Surveillance 5(1) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6437614/>

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH / PRISONNIERS / DÉTENUS MINEURS / PERSONNES ATTEINTES DE SILICOSE / MIGRANTS POPULATION NOMADE / DÉPLACÉES À L'INTÉRIEUR DE LEUR PAYS PERSONNES ÂGÉES / PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES PERSONNES CONSOMMANT DU TABAC / PEUPLES AUTOCHTONES PERSONNES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ / PERSONNES LGBTQIA+ PERSONNES AYANT UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL / ENFANTS RÉFUGIÉS / TRAVAILLEURS DU SEXE / PERSONNEL PÉNITENTIAIRE PERSONNES HANDICAPÉES / PERSONNES SANS DOMICILE FIXE PAUVRES EN MILIEU URBAIN / TRAVAILLEURS DE PROXIMITÉ PERSONNEL HOSPITALIER / AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES PAUVRES EN MILIEU RURAL / PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PRISONNIERS / DÉTENUS / PERSONNES ATTEINTES DE SILICOSE MINEURS / MIGRANTS / DÉPLACÉES À L'INTÉRIEUR DE LEUR PAYS FONT FACE À DES OBSTACLES LIÉS AUX DROITS DE L'HOMME DANS L'ACCÈS AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE PERSONNES ÂGÉES / PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES PERSONNES CONSOMMANT DU TABAC / PEUPLES AUTOCHTONES PERSONNES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ / PERSONNES LGBTQIA+ PERSONNES AYANT UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL / ENFANTS RÉFUGIÉS / TRAVAILLEURS DU SEXE / PERSONNEL PÉNITENTIAIRE PERSONNES HANDICAPÉES / PERSONNES SANS DOMICILE FIXE PAUVRES EN MILIEU URBAIN / TRAVAILLEURS DE PROXIMITÉ PERSONNEL HOSPITALIER / AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES PAUVRES EN MILIEU RURAL / PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH PRISONNIERS / DÉTENUS / PERSONNES ATTEINTES DE SILICOSE MINEURS / MIGRANTS / DÉPLACÉES À L'INTÉRIEUR DE LEUR PAYS PERSONNES ÂGÉES / PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES PERSONNES CONSOMMANT DU TABAC / PEUPLES AUTOCHTONES PERSONNES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ / PERSONNES LGBTQIA+



Stop TB Partnership

hosted by
 **UNOPS**

Global Health Campus
Chemin du Pommier 40
1218 Le Grand-Saconnex,
Genève, Suisse

www.stoptb.org

