



Initiative Halte à la tuberculose

Rapport du Directeur général

GENERALITES

1. La résolution WHA44.8 énonçait les cibles visées sur le plan mondial pour la lutte antituberculeuse pour l'an 2000.¹ Ultérieurement, la résolution WHA46.36 demandait instamment aux Etats Membres de prendre rapidement des mesures pour combattre la tuberculose en adoptant la stratégie du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS).² Non seulement la stratégie DOTS réduit sensiblement le nombre des décès en augmentant le taux de guérison, mais elle diminue aussi la transmission de l'infection et prévient le développement de la tuberculose polypharmacorésistante. La Banque mondiale a estimé que la stratégie DOTS était l'une des interventions de santé du meilleur rapport coût/efficacité, l'investissement nécessaire par année de vie en santé sauvée n'étant que d'environ US \$3, ce qui en fait l'une des mesures les plus économiques pour les ministères de la santé et des finances.

2. Depuis l'introduction de la stratégie DOTS au début des années 90, la lutte antituberculeuse a fait des progrès remarquables dans le monde sous la direction de l'OMS. Les principales réalisations sont présentées ci-après.

PROGRES DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE, 1991-1997

Indicateur/année	1991	1997
Nombre de pays adoptant la stratégie DOTS	10	110
Malades atteints de tuberculose traités dans le cadre d'un système DOTS (%)	< 1	16
Coût moyen du schéma thérapeutique antituberculeux, par malade, dans certains pays où la charge de la morbidité est élevée (US \$) ^a	40-60	10-20
Soutien extérieur en faveur de la lutte antituberculeuse dans les pays en développement (apport de l'OMS non compris) (millions de US \$)	16	environ 100
Budget de l'OMS pour les activités liées à la tuberculose (millions de US \$)	2	25

^a Soumissions émanant de la Chine, de l'Inde et de l'Indonésie.

¹ Les cibles visées sur le plan mondial pour l'an 2000 sont : un taux de guérison de 85 % des cas infectieux dépistés et un taux de dépistage de 70 % de ces cas.

² La stratégie DOTS est un système de prise en charge qui garantit que les personnes atteintes de tuberculose sont diagnostiquées et que les agents de santé sont responsables de la réussite de la guérison de chaque malade.

3. Si importants soient-ils, ces progrès n'ont pas été suffisants. On estime que l'infection tuberculeuse touche déjà un tiers de la population mondiale. Chaque année, on estime que ce réservoir d'infection produit huit millions de nouveaux cas et qu'un million et demi de personnes meurent des suites de cette maladie. Les populations pauvres et marginalisées des pays en développement sont les plus affectées : 95 % de tous les cas et 98 % des décès par tuberculose surviennent dans les pays dépourvus de ressources.

4. La tuberculose demeure un obstacle majeur pour le développement humain, spécialement dans les pays pauvres et les populations marginalisées. Sur la totalité des cas dans les pays en développement, 75 % sont des personnes appartenant à la tranche d'âge la plus économiquement productive (15-45 ans). Cette maladie fait plus de victimes chez les femmes en âge de procréer que toute autre cause distincte de mortalité maternelle. Elle affecte directement le développement des familles, des communautés et des économies nationales. Le diagnostic, le traitement et le transport entraînent de lourdes dépenses pour les familles, les soutiens de famille perdent leur emploi provisoirement ou définitivement, les enfants manquent l'école, et les employeurs voient le rendement du travail baisser. Dans les pays pauvres, un seul cas peut se traduire par la perte de deux à trois mois de revenu familial.

5. S'il est probable que de nombreux pays, petits et moyens, atteindront les cibles fixées pour l'an 2000, la plupart des pays les plus touchés par la tuberculose n'ont adopté la stratégie DOTS que récemment ou ont tardé à l'étendre. Il en résulte que la plupart d'entre eux n'atteindront pas les cibles en 2000. Malheureusement, les progrès mondiaux dépendent surtout des progrès réalisés dans les 22 pays qui totalisent 80 % de la morbidité mondiale. Selon les données récentes des pays sur la réussite du dépistage et du traitement, seuls le Pérou et le Viet Nam, parmi les pays les plus touchés, ont atteint les cibles, bien que les résultats obtenus par le Cambodge, le Kenya et la République-Unie de Tanzanie aient aussi été reconnus comme excellents. La résolution WHA51.13 invitait instamment les Etats Membres, la communauté internationale et l'OMS à accorder un rang de priorité élevé à l'intensification de la lutte antituberculeuse.

6. Les causes de la lenteur des progrès accomplis dans de nombreux pays, à quelques exceptions près, ne sont plus techniques mais politiques et économiques. De même que le paludisme et le VIH/SIDA, l'épidémie de tuberculose apparaît dans de nombreux pays comme un problème spécifique des pauvres, et la responsabilité en incombe à tort au seul secteur de la santé. Les systèmes de santé nationaux manquent souvent de moyens financiers. Là où des ressources sont disponibles, les systèmes d'achat et de distribution des médicaments sont souvent inefficaces, voire inexistantes, la mise en oeuvre est gênée par le manque de capacités gestionnaires, et la formation et le maintien en fonction des agents de santé occupent un faible rang de priorité. Ces problèmes, dans de nombreux pays, tiennent au manque d'intérêt suivi de la part des responsables politiques pour les grandes questions de santé, en partie faute de pressions sociales suffisantes en faveur de la mise en oeuvre et du maintien de programmes efficaces de lutte contre les maladies dans les systèmes de santé nationaux.

7. La capacité mondiale de lutte contre la tuberculose a atteint un palier et l'OMS s'est vite employée à élaborer une réponse efficace. La lutte antituberculeuse figure parmi les principales priorités de l'Organisation, qui a lancé en 1999 l'initiative Halte à la tuberculose. Cette initiative vise à accélérer l'action mondiale contre l'une des infections les plus meurtrières dans le monde en associant l'ensemble de l'OMS et les organisations du système des Nations Unies, et en instaurant de nouveaux partenariats entre les secteurs de la santé, de l'action sociale et de l'économie. Les buts ci-après guident le travail de l'initiative :

-
- veiller à ce que tous les malades atteints de tuberculose aient accès au traitement et à la guérison ;
 - protéger les populations vulnérables, spécialement les enfants, contre la tuberculose et sa forme polypharmacorésistante ;
 - réduire le tribut social et économique que lève la maladie sur les familles et les communautés.
8. Les domaines de travail prioritaires pour l'initiative en 2000-2001 sont les suivants :
- susciter un soutien politique de haut niveau et faire en sorte que la lutte contre la tuberculose s'inscrive dans le contexte élargi du développement sanitaire, social et économique en réunissant la **Conférence ministérielle sur la tuberculose et le développement durable** (Amsterdam, 22-24 mars 2000) ;
 - rechercher les partenariats et les options qui faciliteront pour tous les Etats Membres l'accès à des médicaments antituberculeux sûrs et de qualité ; renforcer les capacités des systèmes de santé nationaux des pays en développement concernant l'achat, la distribution et la surveillance des médicaments ; faire des appels d'offres pour doter les projets pilotes de lutte contre la tuberculose polypharmacorésistante des médicaments de deuxième intention nécessaires ; et promouvoir la mise au point de nouvelles formulations de médicaments.
9. A Amsterdam, les délégations composées de ministres et de hauts responsables de la santé, des finances et de la planification des vingt pays où la morbidité liée à la tuberculose est la plus élevée se sont engagées à oeuvrer de concert avec l'OMS et d'autres partenaires en faveur de l'initiative Halte à la tuberculose afin :
- d'élargir la couverture par la stratégie DOTS dans leur pays pour détecter 70 % des cas infectieux d'ici à 2005 – la première et la plus importante des mesures permettant d'avoir accès, au niveau mondial, aux médicaments antituberculeux de survie et d'atteindre les cibles de la lutte antituberculeuse ;
 - de prendre une part active à la mise en place d'un accord de partenariat mondial visant à éliminer la tuberculose, qui instaurerait un cadre d'action afin de concrétiser les déclarations faites durant la Conférence ;
 - de faciliter l'élaboration de partenariats nationaux élargis pour éliminer la tuberculose et de plans d'action pluriannuels et multisectoriels afin de mettre en place et de maintenir les bases propices à une accélération des mesures.

Les délégations ministérielles ont demandé aux partenaires internationaux pour le développement d'instituer un fonds mondial en faveur de la tuberculose afin de mobiliser de nouvelles ressources financières et de les orienter vers les pays les plus démunis, l'accent étant mis sur l'accès universel au traitement antituberculeux de survie.

PROBLEMES

10. L'émergence de la pharmacorésistance traduit l'échec des stratégies de lutte des systèmes de santé nationaux et la nécessité de prendre d'urgence des mesures pour remédier à la situation. La pharmacorésistance est un obstacle majeur à l'efficacité du traitement et de la lutte, car les soins requis dépassent largement les ressources de la plupart des pays en développement. Dans les endroits du monde où la prévalence de la tuberculose polypharmacorésistante est élevée, la capacité future des systèmes de santé nationaux à combattre la maladie est gravement menacée. Ces sites constituent des situations d'urgence pour la santé publique internationale, et une action immédiate s'impose pour améliorer la lutte. Au niveau mondial, il convient d'ajouter de nouveaux éléments à la stratégie DOTS pour accélérer la reconnaissance et le traitement des cas de pharmacorésistance – là où les ressources font défaut.

11. La tuberculose et le VIH, par un effet de synergie, ont mutuellement activé leur propagation. Le VIH multiplie par 30 la vitesse à laquelle une personne infectée par la tuberculose peut développer la maladie et devenir infectieuse. La tuberculose est la première cause de décès parmi les personnes séropositives pour le VIH et elle est responsable d'un tiers des décès dus au SIDA dans le monde. Dans de nombreux pays au sud du Sahara, le nombre des malades a quadruplé depuis 1990, principalement à cause du VIH. La lutte efficace contre la tuberculose est une intervention tangible qui peut prolonger la vie des personnes infectées par le VIH. Du point de vue de la santé publique, elle peut rapidement rendre les sujets non infectieux et réduire encore la propagation de l'infection dans les régions où le VIH est rampant.

12. La prise en charge efficace de la tuberculose au moyen de la stratégie DOTS fait partie intégrante des soins de santé primaires. Elle contribue de façon positive au développement d'ensemble des systèmes de santé nationaux. Elle renforce la prise de décision, l'action et l'évaluation au niveau du district, et elle peut améliorer l'efficacité et le rapport coût/efficacité de la prestation de services intégrés pour les affections pulmonaires en général. La réforme du secteur de la santé vise à juste titre à obtenir des résultats sanitaires mesurables. La stratégie DOTS est l'une des quelques stratégies de santé qui incluent l'obligation fondamentale d'enregistrer et de déclarer les cas et prévoient l'évaluation des résultats individuels et de cohorte.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

13. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter le projet de résolution contenu dans la résolution EB105.R11.

= = =