Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A67/11**
Point 12.1 de l'ordre du jour provisoire **14 mars 2014**

Projet de stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil a pris note d'une version antérieure du présent rapport,[1] et a adopté la résolution EB134.R4. La version du rapport qui suit a été actualisée en tenant compte des commentaires sur le rapport faits pendant la session et des nouvelles informations disponibles.

2. Le texte a été modifié comme suit : i) suppression du nom « Xpert MTB/RIF » un nouveau test de diagnostic rapide de la tuberculose, et mise à jour des chiffres faisant état d'une large utilisation du nouveau test dans l'ensemble des pays (paragraphe 9) ; ii) référence à la « délamanide », deuxième médicament nouveau mis au point pour le traitement de la tuberculose multirésistante (paragraphes 9 et 75) : iii) mention expresse de la nécessité d'une « coordination au niveau des pays » et d'une « collaboration transfrontières » pour traiter les problèmes liés aux « populations migrantes » (paragraphes 38, 58 and 71); et iv) mention expresse de la nécessité de mettre au point de nouveaux outils « accessibles » et « d'un coût abordable » pour le diagnostic, le traitement et la prévention (paragraphes 72 et 74).

3. En déclarant que la tuberculose constituait une urgence mondiale de santé publique, l'OMS a mis fin en 1993 a une longue période d'indifférence planétaire. Plusieurs évolutions ont ensuite contribué à accélérer le renforcement de la lutte antituberculeuse à l'échelle mondiale : le lancement de la stratégie DOTS ; l'intégration d'indicateurs liés à la tuberculose dans les objectifs du Millénaire pour le développement ; l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie Halte à la tuberculose, socle du Plan mondial « Halte à la tuberculose » 2006-2015 ; et l'adoption de la résolution WHA62.15, « Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte », à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

4. En mai 2012, à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont prié le Directeur général de soumettre à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2014, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un examen complet de la situation mondiale actuelle de la tuberculose, et de présenter de nouvelles approches stratégiques multisectorielles et de

[1] Voir le document EB134/12 et les procès-verbaux du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, deuxième séance, section 1, et quatrième séance, section 1 (document EB134/2014/REC/2).

nouvelles cibles internationales pour l'après-2015.[1] Les travaux préparatoires engagés à cette fin ont mobilisé un large éventail de partenaires qui ont apporté une importante contribution à l'élaboration de la nouvelle stratégie, y compris des représentants de haut niveau des États Membres, des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, des institutions techniques et scientifiques, des partenaires financiers et des organismes d'aide au développement, des membres de la société civile, des organisations non gouvernementales, et le secteur privé.

5. **Le processus.** Le Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS pour la tuberculose (STAG-TB) a approuvé la large portée et le caractère ouvert du processus consultatif envisagé pour l'élaboration du projet de stratégie. Celui-ci a commencé par une consultation électronique qui visait à trouver des moyens de renforcer la stratégie actuelle et, éventuellement, d'y adjoindre de nouvelles composantes. En 2012, dans le cadre des réunions annuelles des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, chaque bureau régional a organisé des consultations sur le nouveau cadre stratégique et les nouvelles cibles proposés, en collaboration avec les responsables des ministères de la santé, les administrateurs des programmes nationaux de lutte antituberculeuse et différents partenaires. En novembre 2012, les représentants des pays à forte charge de tuberculose et 700 parties prenantes ont examiné le projet de cadre stratégique au symposium mondial organisé lors de la Conférence mondiale sur la santé respiratoire qui s'est tenue à Kuala Lumpur (Malaisie). En 2013, trois consultations spéciales réunissant des hauts responsables des États Membres, des experts techniques et des représentants de la société civile ont été organisées en vue de débattre : i) de la définition des cibles de la lutte antituberculeuse pour l'après-2015 ; ii) des approches pour exploiter les possibilités offertes par l'extension de la couverture sanitaire universelle et de la protection sociale en vue de renforcer les soins et la prévention en matière de tuberculose, et iii) de la recherche et de l'innovation comme moyens d'accomplir des progrès en matière de soins, de lutte et d'élimination. En juin 2013, le Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS pour la tuberculose (STAG-TB) a adopté le projet de document, y compris les cibles mondiales, et le raisonnement qui les sous-tend.

6. La Figure 1 ci-dessous présente le projet de cadre stratégique mondial de lutte contre la tuberculose après 2015.

Figure 1. Projet de cadre stratégique mondial de lutte contre la tuberculose après 2015

VISION	Un monde sans tuberculose – « Zéro décès, et plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose »
BUT	Mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose
JALONS POUR 2025	– Réduire de 75 % le nombre de décès par tuberculose (par rapport à 2015) – Réduire de 50 % le taux d'incidence de la tuberculose (moins de 55 cas pour 100 000 personnes) – Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la tuberculose
CIBLES POUR 2035	– Réduire de 95 % le nombre de décès par tuberculose (par rapport à 2015) – Réduire de 90 % le taux d'incidence de la tuberculose (moins de 10 cas pour 100 000 personnes) – Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la tuberculose

[1] Document WHA65/2012/REC/3, procès-verbal de la sixième séance de la Commission B, section 3.

PRINCIPES 1. Tutelle des pouvoirs publics, obligation redditionnelle, suivi et évaluation 2. Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés 3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité 4. Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, avec une collaboration mondiale
PILIERS ET COMPOSANTES
1. SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT A. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque B. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes pharmacorésistantes, et soutien aux patients C. Activités de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités D. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose
2. POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN A. Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention B. Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics et privés C. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments et la lutte anti-infectieuse D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose
3. INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies B. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation

RÉALISATIONS

7. ***Des progrès réguliers.*** Les efforts mondiaux de lutte antituberculeuse, coordonnés par l'OMS, dirigés par les États Membres et activement soutenus par les partenaires techniques et financiers, ont produit des résultats remarquables. La cible 8 de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (consistant, d'ici 2015, à avoir maîtrisé l'incidence de la tuberculose et commencé à inverser son évolution) a déjà été atteinte. Entre 1995 et 2012, 22 millions de vies ont été sauvées et 56 millions de personnes ont été traitées avec succès. La charge de la tuberculose a diminué dans toutes les Régions de l'OMS depuis 2001. Le taux de mortalité par tuberculose a baissé de 45 % depuis 1990 et le monde est en bonne voie pour atteindre la cible mondiale du Partenariat Halte à la tuberculose, qui est une réduction de 50 % du taux de mortalité d'ici 2015. En 2012, l'OMS a été informée de 6,1 millions de nouveaux cas notifiés aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Enfin, à l'échelle mondiale, les taux de guérison se sont maintenus à 85 % ou plus depuis 2007.

8. ***Une action qui s'adapte aux évolutions.*** L'action mondiale contre la tuberculose a évolué en fonction de la situation et des besoins des pays. La réunion ministérielle de Beijing, en 2009, et l'adoption d'engagements subséquents par l'Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA62.15 ont incité les États Membres confrontés à une forte charge de tuberculose résistante aux médicaments à renouveler leur engagement à traiter le problème. Des données sur l'ampleur de la pharmacorésistance sont désormais disponibles pour tous les pays à forte charge de tuberculose. Des mécanismes mondiaux ont par ailleurs été établis pour acheter des médicaments et des produits de diagnostic de qualité garantie et pour renforcer les réseaux de laboratoire en les dotant de moyens pour la culture de mycobactéries et les tests de pharmacosensibilité. En outre, les activités de collaboration recommandées par l'OMS contre la co-infection VIH/tuberculose sont devenues une norme largement acceptée et mise en œuvre dans les pays. Les approches public-privé ont, elles, aidé différents prestataires de soins (publics, bénévoles, privés et institutionnels), dans différents contextes, à harmoniser leurs pratiques avec les normes internationales, et les partenariats avec les communautés et la société civile sont montés en puissance. Enfin, la recherche opérationnelle centrée sur les programmes a permis de transposer rapidement les données factuelles dans les politiques nationales et les pratiques de terrain.

9. ***Nouvelles technologies et nouveaux outils.*** Des progrès notables ont été accomplis dans l'élaboration de nouveaux outils. Sept produits de diagnostic approuvés par l'OMS sont actuellement mis en place. L'introduction récemment d'un test moléculaire rapide pour diagnostiquer simultanément la tuberculose et la résistance à la rifampicine a été particulièrement réussi puisqu'il est utilisé dans 98 pays à revenu faible ou intermédiaire (sur les 145 pouvant prétendre à une tarification préférentielle). Le nombre d'antituberculeux en cours d'élaboration a fortement augmenté et l'OMS a récemment recommandé d'utiliser la bédaquiline, premier antituberculeux mis au point depuis 40 ans, pour traiter les cas graves de tuberculose résistante. L'OMS étudie actuellement un deuxième antituberculeux nouveau, la délamanide, avec la même indication. Douze vaccins candidats sont également en cours d'élaboration.

DÉFIS

10. ***Une charge persistante.*** Les résultats obtenus ces 20 dernières années sont loin d'être suffisants pour parvenir à l'élimination. Le rapport 2013 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde présente les dernières données sur l'épidémie mondiale. Il montre qu'en 2012, le nombre de nouveaux cas était estimé à 8,6 millions et celui des décès à 1,3 million (dont 320 000 personnes vivant avec le VIH). Fait important, dans la même période, 410 000 femmes (dont 160 000 étaient séropositives pour le VIH) sont décédées de la tuberculose, qui apparaît ainsi comme l'un des agents infectieux les plus mortels pour la population féminine. On estime également qu'il y a eu, chez les enfants, 500 000 cas de tuberculose et au moins 74 000 décès. L'Afrique et l'Europe orientale ne sont pas en bonne voie pour atteindre la cible consistant à réduire de moitié, d'ici 2015, le nombre de décès dus à la tuberculose par rapport au niveau de 1990. Les pays les plus pauvres sont les plus touchés, et dans tous les pays, ce sont les plus pauvres et les plus vulnérables qui supportent le plus lourd fardeau.

11. ***Stagnation de la notification des cas.*** Après avoir régulièrement augmenté jusqu'en 2006, le nombre de cas notifiés stagne aujourd'hui, et beaucoup d'entre eux ont été signalés tardivement. Les enquêtes de prévalence montrent également que nombre de pays supportent une forte charge cachée de cas asymptomatiques. Ces éléments montrent les limites des méthodes actuelles de détection de cas. Il reste encore beaucoup à faire pour instaurer une collaboration solide avec les organisations de la société civile, les communautés et les malades de la tuberculose afin de stimuler la demande en soins antituberculeux et de les rendre disponibles pour tous ceux qui en ont besoin. Là où la prévalence est

la plus forte, il faut encore cartographier les populations à risque et accorder une attention prioritaire aux personnes les plus touchées.

12. ***Polypharmacorésistance.*** Le problème de la résistance aux médicaments constitue une menace importante pour la lutte antituberculeuse et reste une préoccupation majeure du point de vue de la sécurité sanitaire mondiale. En 2012, on estimait à 450 000 le nombre de nouveaux cas de tuberculose polypharmacorésistante (forme résistante au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux principaux antituberculeux). Seuls 94 000 d'entre eux environ avaient été notifiés (dont 82 % ont entamé un traitement). Parmi les cas traités, le taux de guérison n'était que de 48 % au niveau mondial. La tuberculose ultrarésistante, une forme encore plus grave et mortelle qui résiste également aux médicaments de deuxième intention les plus puissants, a été signalée dans 92 pays. Dans les systèmes de santé, cependant, plusieurs freins empêchent encore un développement rapide de la gestion programmatique de la tuberculose pharmacorésistante.

13. ***Tuberculose associée au VIH.*** L'épidémie de VIH continue d'alimenter l'épidémie de tuberculose, en particulier en Afrique qui, en 2012, abritait 75 % des cas de tuberculose positifs pour le VIH. Au niveau mondial, toujours en 2012, presque 50 % des malades de la tuberculose ne connaissaient pas leur statut par rapport au VIH et seulement un peu plus de 50 % de ceux présentant une infection à VIH avaient reçu un traitement antirétroviral. Beaucoup de personnes vivant avec le VIH ne subissent pas de dépistage régulier pour la tuberculose, et tous ceux qui en auraient besoin ne bénéficient pas encore d'une chimioprophylaxie antituberculeuse. Or, fait important, en l'absence de soins et d'une prévention appropriés, une part importante des personnes vivant avec le VIH meurent de tuberculose non diagnostiquée.

14. ***Maladies non transmissibles et comorbidités de la tuberculose.*** Les facteurs de risque de la tuberculose (par exemple le diabète, la consommation de tabac, la silicose, la consommation d'alcool et de drogues et la dénutrition) font obstacle à la lutte, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. De plus, nombre de personnes présentent une infection latente, ce qui pourrait augmenter le nombre de cas à l'avenir. L'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles modifie également le profil des comorbidités de la tuberculose, ce qui complique la prise en charge clinique et pèse sur les résultats sanitaires. Enfin, les liens sont aujourd'hui peu nombreux entre les services de santé pour les maladies transmissibles et ceux pour les maladies non transmissibles.

15. ***Faiblesse des systèmes de santé.*** Une couverture inadaptée et des services de santé peu efficaces entravent l'accès à des soins antituberculeux de qualité. Bien souvent, les prestataires de santé publics et privés ne sont pas associés aux efforts nationaux de lutte antituberculeuse. L'absence de couverture sanitaire universelle accroît, elle, la charge économique pour les plus pauvres. Ce problème est encore aggravé par l'absence de mécanismes de protection sociale face aux pertes de revenus et aux coûts non médicaux associés à la tuberculose. Les systèmes réglementaires essentiels pour lutter efficacement contre l'infection, utiliser rationnellement les produits de diagnostic et les antituberculeux, imposer des obligations de notification, assurer le bon fonctionnement des systèmes d'état civil et protéger les droits des malades de la tuberculose restent fragiles. La collecte de données de même que leur qualité et leur usage doivent être améliorés à tous les niveaux. Enfin, les faiblesses des systèmes de santé ont empêché d'établir les liens que les différents secteurs de la société doivent entretenir pour pouvoir lutter contre la pauvreté, la dénutrition et les facteurs de risque qui accentuent la vulnérabilité de la population face à la tuberculose et aggravent l'état de santé des malades.

16. ***Lent recul de l'incidence.*** La baisse du taux d'incidence (à un taux annuel moyen de 2 % environ) est trop lente pour pouvoir éliminer la tuberculose dans un avenir prévisible. Pour mettre un terme à l'épidémie de tuberculose, il faudra réaliser des diagnostics précoces, traiter comme il

convient tous les cas de tuberculose évolutive, et supprimer progressivement l'infection tuberculeuse latente chez quelque 2 milliards de personnes. Le diagnostic de la tuberculose reste difficile en l'absence d'un test réalisable sur le lieu de soins, et la durée du traitement restera excessive tant que l'on ne disposera pas de schémas thérapeutiques plus rapides et efficaces contre la tuberculose sensible ou résistante aux médicaments et contre l'infection tuberculeuse latente.

17. ***Déficits de financement.*** Les fonds alloués à la tuberculose ont fortement augmenté dans les pays d'endémie, passant de moins de US $2 milliards en 2002 à US $6 milliards environ en 2006, grâce à une forte hausse du financement interne et au concours externe du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Pourtant, la lutte antituberculeuse est encore sous-financée. Pour compléter le financement intérieur, des fonds internationaux sont nécessaires à hauteur de US $2,3 milliards par an pour mettre en œuvre les interventions existantes d'ici 2015, et il manque US $2 milliards chaque année pour la recherche-développement. Entre 2013 et 2015, le déficit de financement est estimé à environ US $2 milliards par an pour la mise en œuvre et à US $1,3 milliard par an pour la recherche. Les besoins de financement devraient augmenter juste après 2015, pour deux raisons. Premièrement, il faut accélérer l'instauration de la couverture sanitaire universelle, de sorte que tous les malades de la tuberculose aient accès au diagnostic et au traitement sans supporter de coûts catastrophiques.[1] Deuxièmement, il faut accroître l'investissement dans la recherche-développement afin de réaliser les avancées technologiques nécessaires pour mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. Il se peut que les besoins de financement baissent par la suite, à mesure que la réduction de l'incidence se fera plus rapide et viendra compenser les coûts associés à l'amélioration de la couverture des interventions de prévention, de diagnostic et de traitement.

18. ***Déterminants.*** De manière générale, l'impact futur des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la tuberculose sera fonction des choix politiques mondiaux et nationaux. À cet égard, les soins et la prévention continueront de tirer parti de la croissance économique globale. Parmi les déterminants importants sur lesquels il convient d'agir figurent la pauvreté et les inégalités, l'insécurité alimentaire, les effets négatifs des mouvements de population et les situations d'urgence complexes. En particulier, toute prévention efficace imposera d'agir pour réduire la pauvreté, améliorer la nutrition et améliorer les conditions de vie et de travail, et de suivre des stratégies visant à atténuer les conséquences des migrations, du vieillissement de la population et de maladies chroniques telles que le diabète – autant de facteurs de risque de la tuberculose.

APPROCHES

19. ***Étendre les soins, renforcer la prévention et intensifier la recherche.*** Des approches novatrices, plurisectorielles et intégrées seront nécessaires pour relever ces défis. La stratégie DOTS a permis de renforcer les programmes publics de lutte contre la tuberculose et de s'attaquer ainsi à la charge importante des formes pharmacosensibles. La Stratégie Halte à la tuberculose,[2] elle-même fondée sur l'approche DOTS, a permis de commencer à combattre la tuberculose pharmacorésistante

[1] L'OMS estime que les dépenses directes en soins deviennent catastrophiques lorsqu'elles dépassent 40 % des dépenses discrétionnaires des ménages. Aucun seuil n'a encore été établi pour le coût catastrophique total (coûts indirects inclus).

[2] Les six composantes de la Stratégie Halte à la tuberculose sont les suivantes : i) poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité ; ii) combattre la co-infection VIH/tuberculose, la tuberculose multirésistante et d'autres problèmes spécifiques ; iii) contribuer au renforcement des systèmes de santé ; iv) faire participer tous les dispensateurs de soins ; v) donner les moyens d'agir aux malades de la tuberculose et aux communautés ; et vi) favoriser et promouvoir la recherche.

et la tuberculose associée au VIH tout en encourageant la recherche-développement sur de nouveaux outils. Elle a également contribué à élargir les partenariats avec tous les prestataires de soins, les organisations de la société civile et les populations, dans le cadre du renforcement des systèmes de santé. Pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose, il faudra encore : élargir la portée des interventions de soins et de prévention, et les rendre plus accessibles ; mettre en place des systèmes et des politiques créant un environnement favorable et des responsabilités partagées ; et mener une action énergique de recherche et d'innovation pour promouvoir la mise au point et l'utilisation de nouveaux outils de soins et de prévention. Il faudra aussi pouvoir modifier la nouvelle stratégie en fonction des progrès accomplis, au regard notamment des cibles et des jalons.

20. ***Obtenir un appui systémique et mobiliser les parties prenantes.*** En pratique, pour que les progrès se poursuivent après 2015, les programmes de lutte antituberculeuse et, au-delà, les autres acteurs relevant ou non du secteur de la santé devront intensifier leur action. La nouvelle stratégie prévoit des mesures concrètes aux trois niveaux de gouvernance, en étroite collaboration avec toutes les parties prenantes et avec la pleine participation des populations. Au centre figurent les programmes nationaux de lutte antituberculeuse, ou les structures équivalentes, chargés de coordonner l'ensemble des activités de soins et de prévention. Au-dessus d'eux se trouvent les ministères nationaux de la santé qui fournissent un soutien systémique essentiel, mettent en œuvre des mécanismes réglementaires et coordonnent des approches intégrées au moyen d'une collaboration interministérielle et intersectorielle. Enfin, les gouvernements nationaux doivent exercer une tutelle générale sur le dispositif de sorte que l'élimination de la tuberculose reste une priorité du programme de développement, en s'engageant sur le plan politique, en investissant et en supervisant l'action, tout en réalisant des progrès rapides vers la couverture sanitaire universelle et la protection sociale.

21. ***Instaurer une direction à plus haut niveau et élargir l'adhésion.*** Il faut renforcer encore les soins et la lutte antituberculeuse, et étendre l'action à la prévention. À cette fin, la direction des activités devra être assurée à des niveaux plus élevés des ministères de la santé. Cela est un aspect indispensable si l'on veut coordonner l'action sur plusieurs fronts et accomplir trois objectifs clairs : 1) instaurer un accès universel à la détection précoce et à des traitements adaptés, pour tous les patients atteints de tuberculose ; 2) mettre en place dans le secteur de la santé et dans le domaine social des politiques et des systèmes propices à des soins et à une prévention efficaces contre la tuberculose ; et 3) intensifier la recherche pour élaborer et mettre en application de nouvelles technologies, outils et approches pour éliminer la tuberculose. Les trois piliers de la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose visent la réalisation de ces objectifs.

22. ***Mesures particulières proposées aux États Membres.*** Les 10 composantes du projet de stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose prévoient différentes mesures pour les pays. Elles consistent plus particulièrement à adapter, mettre en œuvre et suivre une action globale sensiblement renforcée en vue de contrer l'épidémie de tuberculose et d'y mettre un terme d'ici 2035. Le rôle du Secrétariat de l'OMS consiste avant tout à soutenir les États Membres en fournissant des orientations à visée normative, des conseils de politique générale et des services de suivi et d'évaluation.

VISION, BUT, JALONS ET CIBLES

23. La vision du projet de stratégie mondiale pour l'après-2015 est « un monde sans tuberculose », c'est-à-dire « zéro décès, et plus de morbidité ni de souffrances » dus à cette maladie. Le but est de mettre fin à l'épidémie mondiale.

24. La cible de l'objectif du Millénaire pour le développement consistant, d'ici 2015, à avoir maîtrisé l'incidence de la tuberculose et commencé à inverser son évolution a déjà été atteinte. Les cibles connexes du Partenariat Halte à la tuberculose – réduire la prévalence et les décès dus à la

tuberculose de 50 % par rapport à 1990 – devraient être atteintes d'ici 2015. Ce projet de stratégie propose pour 2035 de nouveaux objectifs ambitieux bien qu'atteignables. Il s'agit notamment de faire reculer de 95 % les décès dus à la tuberculose par rapport à 2015, et de parvenir à une réduction équivalente de 90 % du taux d'incidence de la tuberculose, qui passerait de 110 cas/100 000 en 2015 à 10 cas/100 000 ou moins à l'horizon 2035. Ces cibles sont équivalentes aux niveaux actuellement observés dans certains pays à faible incidence d'Amérique du Nord, d'Europe occidentale et du Pacifique occidental. Une autre cible proposée pour évaluer les progrès accomplis en matière de couverture sanitaire universelle et de protection sociale est que, d'ici 2020, aucune personne ou famille touchée par la tuberculose ne supporte de coûts catastrophiques pour les soins.

25. Avant 2035, des jalons sont également proposés pour 2020, 2025 et 2030. Le Tableau 1 présente les principaux indicateurs, jalons et cibles mondiaux du projet de stratégie pour l'après-2015.

26. La réduction de 75 % des décès dus à la tuberculose entre 2015 et 2025 est un jalon important. Deux résultats devront être obtenus pour y parvenir. Tout d'abord, la baisse annuelle des taux mondiaux d'incidence de la tuberculose doit passer de 2 % par an en moyenne en 2015 à 10 % par an d'ici 2025. C'est un objectif ambitieux, mais atteignable. Il se fonde sur le taux le plus rapide que l'on ait connu au niveau national, enregistré dans le contexte d'accès universel aux soins et de développement socio-économique rapide qui a été observé en Europe occidentale et en Amérique du Nord dans la deuxième moitié du XXe siècle. Deuxièmement, la proportion de cas incidents qui décèdent de la tuberculose (le taux de létalité) doit passer de 15 % en 2015 à 6,5 % d'ici 2025. La modélisation a montré que des progrès rapides vers l'accès universel aux outils existants, associés au développement socio-économique, peuvent réduire de 75 % les décès dus à la tuberculose. De plus, la recherche-développement devrait rapidement aboutir en des outils améliorés, tels que des tests rapides pouvant être réalisés sur le lieu de soins et des schémas thérapeutiques plus efficaces, rendant ainsi plus facile de franchir les jalons.

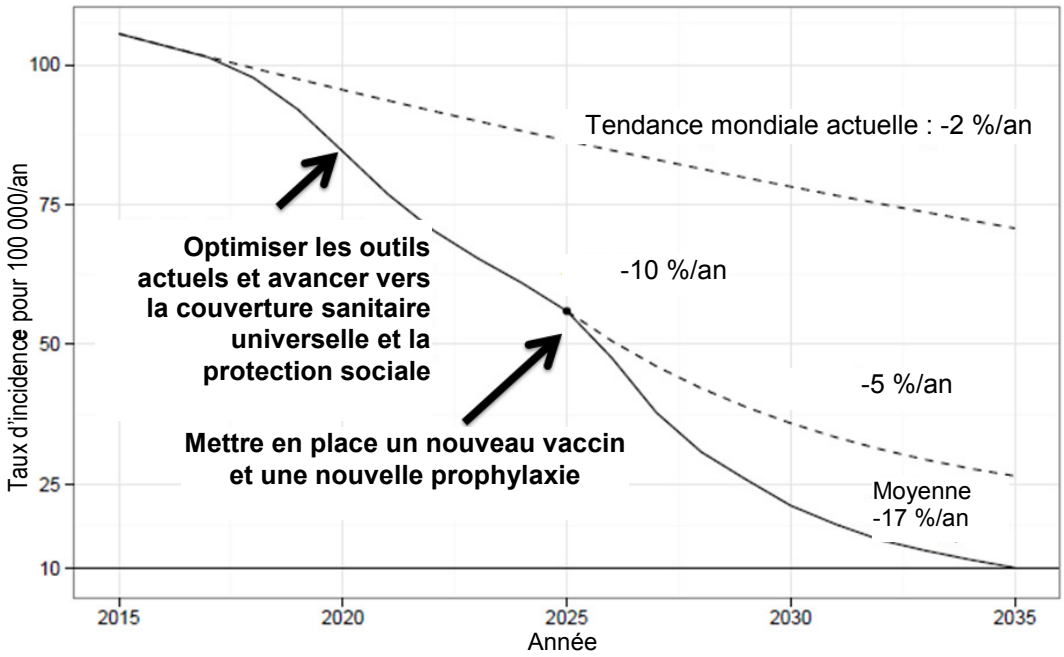
Tableau 1. Principaux indicateurs, jalons et cibles pour le projet de stratégie pour l'après-2015

Indicateurs et base en 2015	**Jalons**			**Cibles**
	2020	**2025**	**2030**	**2035**
Pourcentage de réduction des décès dus à la tuberculose (base prévue pour 2015 : 1,3 million de décès)	35 %	75 %	90 %	95 %
Pourcentage et réduction en chiffres absolus du taux d'incidence de la tuberculose (base prévue pour 2015 : 110/110 000)	20 % (<85/100 000)	50 % (<55/100 000)	80 % (<20/100 000)	90 % (<10/100 000)
Pourcentage de familles touchées supportant des coûts catastrophiques dus à la tuberculose (base prévue pour 2015 : non disponible)	Zéro	Zéro	Zéro	Zéro

27. Pour pérenniser les progrès au-delà de 2025 et réduire de 95 %, d'ici 2035, les décès dus à la tuberculose et de 90 % le taux d'incidence (en le faisant passer de 110 cas/100 000 à moins de 10 cas pour 100 000 personnes), des outils supplémentaires devront être disponibles d'ici 2025. Il faudra, en particulier, disposer d'un nouveau vaccin efficace avant et après l'exposition, de meilleurs produits de diagnostic, et de traitements à la fois plus sûrs et plus simples pour l'infection tuberculeuse latente. La

combinaison entre les outils actuels, la couverture sanitaire universelle et la protection sociale devrait permettre d'obtenir des résultats remarquables, mais insuffisants pour maintenir le rythme de progression nécessaire pour atteindre les cibles de 2035. Si l'on veut que de nouveaux outils puissent être introduits d'ici 2025, des investissements immédiats, fortement étoffés, devront être engagés dans la recherche-développement. La Figure 2 montre, d'une part, l'accélération prévue de la baisse des taux mondiaux d'incidence de la tuberculose que permettrait d'obtenir l'optimisation des outils actuels associée à des avancées vers la couverture sanitaire universelle et la protection sociale et, d'autre part, l'impact additionnel des nouveaux outils d'ici 2025.

Figure 2. Accélération prévue de la baisse des taux mondiaux d'incidence de la tuberculose par rapport aux niveaux ciblés



28. Le jalon consistant à ce que plus aucune famille touchée par la tuberculose ne supporte de coûts catastrophiques suppose de réduire au minimum les coûts médicaux directs (liés par exemple aux consultations, à l'hospitalisation, au dépistage et aux médicaments) et indirects (liés par exemple au transport et aux pertes de revenus éventuelles durant les soins). Il impose que les malades atteints de tuberculose et les ménages touchés par la maladie aient accès à des mécanismes appropriés de protection sociale offrant une couverture ou une compensation pour les coûts directs non médicaux et les pertes de revenus. Moyennant un soutien politique suffisant, les coûts liés à la tuberculose pourraient être rapidement réduits dans tous les pays, et nombre d'entre eux pourraient ainsi atteindre leur cible d'ici 2020.

PRINCIPES DU PROJET DE STRATÉGIE

Tutelle des pouvoirs publics, obligation redditionnelle, suivi et évaluation

29. Les activités du projet de stratégie contre la tuberculose intéressent l'ensemble du secteur de la santé et des secteurs sociaux et, au-delà, la sphère financière, le monde du travail et le domaine des échanges commerciaux et du développement, entre autres. La responsabilité de tutelle doit être partagée entre tous les échelons de l'État (local, provincial et central). L'administration centrale doit

demeurer l'autorité exerçant la plus haute tutelle pour les soins et la prévention, et travailler avec l'ensemble des parties prenantes.

30. Pour que le projet de stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose après 2015 soit un succès, il faudra que les gouvernements, en étroite collaboration avec toutes les parties prenantes, s'acquittent efficacement de leurs principales responsabilités de tutelle. Celles-ci consistent à fournir la vision et l'orientation générale au moyen du programme national de lutte antituberculeuse et du système de santé ; à collecter et utiliser des données pour améliorer progressivement les soins et la prévention ; et à exercer une influence au moyen de la réglementation et d'autres moyens pour parvenir aux buts et objectifs énoncés de la stratégie.

31. Pour que l'obligation redditionnelle soit bien respectée, la mise en œuvre de la stratégie doit prévoir un système de suivi et d'évaluation réguliers. Les progrès devront être mesurés à l'aune de cibles et d'indicateurs nationaux ambitieux. Le Tableau 2 présente, à titre d'illustration, une liste de grands indicateurs mondiaux qu'il faudrait adopter et adapter à un usage national et pour lesquels des cibles nationales devraient être définies. Ces indicateurs devraient être complétés par les autres qui semblent nécessaires pour rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de l'ensemble des activités essentielles. Parmi les cibles pertinentes pour tous les pays figurent un taux de guérison d'au moins 85 % et la soumission de 100 % des malades à des tests de sensibilité aux médicaments et de dépistage du VIH.

Solide coalition avec la société civile et les communautés

32. Les communautés touchées doivent, elles aussi, participer largement aux solutions proposées. Les représentants de la communauté et de la société civile doivent pouvoir contribuer plus activement à la planification et à la conception des programmes, à la prestation de services et au suivi, à l'information et à la formation, au soutien aux patients et à leurs familles, et à la recherche et à la sensibilisation. Il faut pour cela bâtir une solide coalition rassemblant toutes les parties prenantes. Celle-ci aiderait la population à obtenir des soins de qualité et à pouvoir exiger des services qui le soient également. Une telle coalition nationale pourrait également contribuer à ce qu'une action plus résolue soit engagée sur les déterminants de l'épidémie de tuberculose.

Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité

33. Les politiques et les stratégies utilisées pour élaborer l'action nationale globale face à la tuberculose, comme les activités de soins et de prévention, doivent traiter explicitement la question des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité. L'accès à des soins de qualité contre la tuberculose est un élément important du droit à la santé. La présente stratégie repose sur une approche centrée sur les droits qui vise à protéger les droits de l'homme et à promouvoir des politiques et des interventions permettant de les faire valoir. Il s'agit notamment de faire participer les personnes et les communautés touchées à l'ensemble des piliers et composantes du projet de stratégie en accordant une attention particulière à certains groupes clés.

34. Concernant la tuberculose, les soins et la prévention posent plusieurs dilemmes éthiques. Les programmes nationaux de lutte devraient les reconnaître et s'employer à les résoudre en tenant compte d'un certain nombre de valeurs. Ces problèmes concernent, par exemple, le conflit existant entre l'intérêt du public, qui réside dans la prévention de la transmission de la maladie, et le droit des patients à bénéficier d'un environnement de soins bienveillant ou à refuser le traitement ; l'action à engager face à la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les malades ; la longueur du traitement et les difficultés liées à l'observance ; la nécessité d'assurer un service centré sur le patient tout en maîtrisant le risque d'infection pour les agents de santé ; les soins à proposer en l'absence

d'options efficaces de traitement ; et l'établissement des priorités pour la recherche et la mise en œuvre des interventions. Face à ces dilemmes, il faudra s'appuyer sur des principes et des valeurs internationalement reconnus et tenir compte des valeurs et des traditions locales et des débats entre toutes les parties prenantes.

35. Le projet de stratégie vise à promouvoir l'équité en recensant les risques, ainsi que les besoins et les demandes des personnes touchées ; à favoriser l'égalité d'accès aux possibilités de prévention de la transmission, aux services de diagnostic et de traitement, et aux moyens de prévention des répercussions sociales connexes et des coûts économiques catastrophiques. Pour atteindre les cibles et réaliser les buts de la stratégie, le mieux sera de mettre en œuvre une approche centrée sur les droits, de fixer les normes d'éthique les plus strictes et de les respecter dans chaque action, et de veiller à réduire et éliminer progressivement les inégalités.

Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, avec une collaboration mondiale

36. Aucune stratégie mondiale ne peut s'appliquer de la même manière partout, ni entre les pays, ni en leur sein. Il faudra donc adapter la stratégie de lutte antituberculeuse à différents contextes nationaux en se fondant sur un plan stratégique national complet. La priorité donnée aux différentes interventions devrait être définie sur la base des contextes, des besoins et des capacités locaux. Il faudra absolument posséder une solide connaissance de l'épidémiologie de la maladie dans le pays (y compris une cartographie des populations les plus à risque), comprendre le contexte socio-économique dans lequel évoluent les populations vulnérables et connaître la situation du système de santé, y compris dans les zones mal desservies. Immédiatement après avoir adopté la stratégie mondiale, il faudra l'adapter aux situations nationales et élaborer des orientations claires sur la manière de mettre en œuvre ses différentes composantes, en se fondant sur des données locales lorsque cela est possible.

37. À l'ère de la mondialisation, les maladies comme la tuberculose peuvent se propager largement et gagner des régions lointaines à la faveur des voyages et des échanges commerciaux internationaux. Les pays devront collaborer étroitement pour combattre efficacement la maladie. Une bonne collaboration entre les pays demande également une coordination et un appui mondiaux afin de garantir la bonne application du Règlement sanitaire international (2005) et la sécurité sanitaire. Les pays d'une même Région peuvent également tirer parti de la collaboration. De plus, les migrations entre les pays et en leur sein créent des problèmes qui appellent une coordination au niveau national et une collaboration transfrontières. La coordination mondiale est également essentielle pour mobiliser des ressources pour les soins et la prévention auprès de différentes sources multilatérales, bilatérales et nationales. Le rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose, qui fait chaque année le point de l'épidémie et de la mise en œuvre des stratégies mondiales, démontre et symbolise les avantages d'une étroite collaboration et d'une coordination mondiale.

PREMIER PILIER : SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT

38. ***Renforcement et extension des principales fonctions des programmes de lutte antituberculeuse.*** Le premier pilier recouvre les interventions centrées sur les patients qui sont nécessaires en matière de soins et de prévention. Le programme national de lutte antituberculeuse (ou son équivalent) doit collaborer étroitement, et se coordonner, avec les autres programmes de santé publique, les programmes d'aide sociale, les prestataires de soins du secteur public et du secteur privé, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile, les communautés et

les associations de patients pour fournir des services de soins et de prévention de qualité, intégrés et centrés sur les patients à l'échelle du système de santé. Le but du premier pilier est d'apporter un soutien aux pays, afin qu'ils puissent passer à de nouvelles stratégies et techniques pour offrir un accès universel aux tests de pharmacosensibilité ; d'élargir les services de prise en charge de la tuberculose pédiatrique ; de fournir des services de proximité supplémentaires aux populations mal desservies et vulnérables ; et d'engager des activités de dépistage systématique et de traitement préventif au bénéfice des groupes à risque – tout cela en partenariat avec les parties prenantes. L'utilisation de technologies de l'information et de la communication novatrices à des fins sanitaires (cybersanté et santé mobile) serait particulièrement utile pour améliorer la fourniture de soins antituberculeux, y compris la logistique et la surveillance.

Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets-contacts et des groupes à haut risque

39. ***Favoriser la détection précoce de la tuberculose.*** On estime qu'aujourd'hui, à l'échelle mondiale, les deux tiers des cas incidents de tuberculose sont notifiés aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse et signalés ensuite à l'OMS. Pour garantir un accès universel à un diagnostic précoce et fiable de la tuberculose, il faudra : renforcer et élargir le réseau de services de diagnostic afin de faciliter l'accès aux nouveaux tests moléculaires ; fournir des services d'information et de formation pour inciter les personnes présentant des symptômes de tuberculose à se faire soigner ; faire participer tous les prestataires de soins à la fourniture des services ; supprimer les obstacles aux soins ; et effectuer un dépistage systématique dans certains groupes à haut risque. Même si le système de dépistage le plus courant (l'examen microscopique de frottis) est peu coûteux et offre une bonne spécificité de diagnostic, sa sensibilité est très insuffisante. Il s'ensuit que de nombreux malades ne sont pas dépistés par les services de santé, ou ne le sont qu'à un stade avancé. Un simple dépistage des symptômes pourrait être insuffisant ; ainsi, pour le diagnostic de la tuberculose bactériologiquement négative, de la tuberculose extrapulmonaire et de la tuberculose pédiatrique, des outils supplémentaires tels que la radiographie thoracique pourraient faciliter l'orientation vers les services spécialisés.

40. ***Détecter tous les cas de tuberculose pharmacorésistante.*** Le diagnostic de la pharmacorésistance continue de poser des difficultés particulières aux systèmes de laboratoire de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Là où ils sont le plus nécessaires, les moyens de diagnostic de la tuberculose pharmacorésistante sont limités. Seule une faible part des cas affectés par cette forme sont confirmés au laboratoire. Si l'on veut progresser encore dans les soins et la lutte, il faut absolument disposer de moyens suffisants pour diagnostiquer tous les cas de tuberculose pharmacorésistante.

41. ***Lancement de nouveaux produits de diagnostic.*** L'introduction à grande échelle de nouveaux systèmes de diagnostic moléculaire favorisera un diagnostic fiable et rapide de la tuberculose et de la pharmacorésistance. Elle pourrait faciliter le diagnostic des formes moins avancées et le traitement précoce, contribuant ainsi à réduire la transmission et le taux de létalité et à prévenir d'éventuelles séquelles. L'introduction de nouveaux produits de diagnostic moléculaire imposera des changements dans les politiques de diagnostic et la formation à tous les niveaux. La disponibilité de produits plus sensibles et plus rapides augmentera le nombre de diagnostics corrects. Toutefois, des ressources humaines et financières supplémentaires devront être mobilisées pour faire face aux nouvelles réalités liées à l'augmentation de la charge de travail.

42. ***Mettre en place un dépistage systématique de la tuberculose chez les groupes à risque.*** Bien souvent, la tuberculose n'est pas détectée, en particulier dans les groupes à haut risque. Lorsque l'accès aux services de santé est insuffisant, il est fréquent qu'il faille attendre longtemps avant d'être

diagnostiqués et d'entamer le traitement nécessaire. De plus, aux premiers stades de la maladie, bien des cas de tuberculose évolutive ne présentent pas de symptômes évocateurs. Ils risquent de ne pas consulter suffisamment tôt et de ne pas subir le dépistage nécessaire. La cartographie des groupes à haut risque et une planification attentive du dépistage systématique de la forme évolutive dans ces populations pourraient améliorer la détection des cas. Une détection précoce aide à réduire les risques de transmission, d'inefficacité des traitements et de séquelles, comme les conséquences sociales et économiques défavorables de la maladie. Les contacts des malades (en particulier les enfants âgés de cinq ans ou moins), les personnes vivant avec le VIH et les travailleurs exposés à la poussière de silice devraient toujours être dépistés pour la tuberculose évolutive. Les autres groupes à risque devraient être recensés et hiérarchisés en vue d'un éventuel dépistage fondé sur l'épidémiologie nationale et locale, les capacités du système de santé, la disponibilité des ressources et la possibilité pratique d'atteindre les groupes à risque. Toute stratégie de dépistage doit être contrôlée et évaluée de manière continue, pour pouvoir revoir les priorités entre les groupes à risque, adapter les approches de dépistage et interrompre ce dernier s'il le faut. Les stratégies de dépistage doivent suivre les principes éthiques applicables au dépistage des maladies infectieuses, protéger les droits de l'homme et réduire au minimum les risques de gêne, de douleur, de stigmatisation et de discrimination.

Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris les formes pharmacorésistantes, et soutien aux patients

43. ***Traiter toutes les formes de tuberculose sensible aux médicaments.*** Le nouveau projet de stratégie de lutte contre la tuberculose visera à assurer la fourniture de services pour le diagnostic précoce et le traitement approprié de toutes les formes de tuberculose touchant les sujets de tous âges. Les nouvelles politiques intégrant le diagnostic moléculaire contribueront à renforcer la prise en charge de la tuberculose pulmonaire à frottis négatif, de la tuberculose extrapulmonaire et de la tuberculose pédiatrique. Si l'on veut que la baisse du taux de létalité soit suffisante pour atteindre les cibles ambitieuses de réduction de la mortalité par tuberculose, il faudra accorder une attention prioritaire aux principales populations touchées et aux groupes à risque chez qui l'adhésion au traitement ou le succès thérapeutique sont insuffisants.

44. ***Traiter tous les cas de tuberculose résistante aux médicaments.*** La résistance aux médicaments constitue une menace majeure qui entrave les progrès mondiaux en matière de soins et de prévention. À l'échelle mondiale, 4 % environ des nouveaux malades et 20 % environ des patients en reprise de traitement présentent une tuberculose multirésistante. Pour instaurer un accès universel aux services pour la tuberculose pharmacorésistante, il faudra renforcer rapidement les services de laboratoire et la gestion programmatique. De nouveaux modèles de traitement centrés sur le patient devront être élaborés et adaptés à différents contextes. Les services ambulatoires devraient être préférés à l'hospitalisation, limitée aux cas graves. L'extension des services de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante imposera des politiques et des investissements audacieux afin d'éliminer les goulets d'étranglement qui font obstacle aux progrès à l'intérieur du système de santé.

45. ***Renforcer la capacité de prise en charge des cas de tuberculose pharmacorésistante.*** La proportion de cas de tuberculose pharmacorésistante qui guérissent après traitement varie fortement d'un pays à l'autre et s'établissait en moyenne à 48 % en 2012. Les schémas thérapeutiques disponibles aujourd'hui contre cette forme restent insatisfaisants du point de vue de la durée, de l'innocuité, de l'efficacité et du coût. Pour améliorer l'issue du traitement, il est essentiel de disposer de médicaments plus sûrs, abordables et efficaces pour mettre en place des schémas plus rapides et plus faciles à administrer. Les liens avec les mécanismes de pharmacovigilance existants favoriseront également un usage et une gestion plus sûrs des médicaments. Plusieurs interventions visent à améliorer la qualité de vie des patients tout en favorisant l'observance : prise en charge des réactions indésirables ; accès à des soins palliatifs et de fin de vie complets ; mesures contre la stigmatisation et

les discriminations ; et soutien et protection sociale. Fait important, tous les soignants qui prennent en charge les cas de tuberculose résistante aux médicaments devront avoir accès à la formation continue, en vue d'harmoniser leurs pratiques avec les normes internationales.

46. ***Combattre la tuberculose pédiatrique.*** Avec, selon les estimations, 500 000 cas et 74 000 décès annuels, la tuberculose constitue une cause importante de morbidité et de mortalité chez l'enfant. Dans les pays où la prévalence de la maladie est élevée, les femmes en âge de procréer doivent également supporter une lourde charge de morbidité. La tuberculose maternelle associée au VIH est un facteur de risque de transmission de la tuberculose au nourrisson ; elle est corrélée à l'accouchement avant terme, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à une mortalité maternelle et infantile plus élevée. Les programmes nationaux de lutte antituberculeuse doivent systématiquement traiter le problème de la fourniture de soins aux enfants tuberculeux et aux enfants en contact avec les adultes tuberculeux, par exemple en élaborant et en utilisant des médicaments d'une formulation adaptée aux enfants et en mettant en place des mécanismes familiaux pour favoriser l'observance.

47. ***Intégrer les soins antituberculeux aux services de santé de la mère et de l'enfant.*** La bonne prise en charge de la tuberculose chez l'enfant imposera de mettre au point des tests diagnostiques sensibles et d'un coût abordable ne reposant pas sur les échantillons d'expectorations. Les soins antituberculeux devraient être intégrés aux services de santé de la mère et de l'enfant de sorte à fournir des soins communautaires complets. Une approche familiale intégrée des soins antituberculeux contribuerait à supprimer les obstacles à l'accès, réduirait les délais de diagnostic et améliorerait la prise en charge de la tuberculose chez la femme et chez l'enfant.

48. ***Intégrer le soutien aux patients dans la prise en charge de la tuberculose.*** Des soins et un soutien centrés sur le patient et tenant compte de ses besoins éducatifs, émotionnels et matériels sont fondamentaux pour le nouveau projet de stratégie. Les partenaires concernés doivent absolument assurer une supervision bienveillante du traitement, car elle facilite son observance et incite les patients à le mener à terme, ce qui favorise la guérison et empêche le développement de la pharmacorésistance. La supervision doit tenir compte des besoins des patients et du contexte dans lequel ils évoluent. Les activités de supervision et de soutien centrées sur les patients doivent également aider à cerner et à corriger les facteurs pouvant entraîner une interruption de traitement. Elles doivent contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination. Un soutien doit être apporté aux patients dans les établissements de santé, mais aussi au-delà : à leur domicile, dans les familles, sur le lieu de travail et dans les communautés. Le traitement et le soutien doivent se prolonger après la guérison pour traiter toute séquelle éventuelle. Le soutien consiste par exemple à mettre à disposition des patients des partenaires de traitement qui leur sont acceptables et ont été formés par les services de santé ; à assurer l'accès à la protection sociale ; à utiliser les technologies de l'information et de la communication pour fournir des informations aux patients, les éduquer et établir des mécanismes d'incitation à leur intention ; et à instaurer des mécanismes d'échange d'informations et de données d'expérience entre groupes de patients et groupes de pairs.

Activités de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités

49. ***Renforcer la collaboration avec les programmes de lutte contre le VIH.*** Le but général des activités de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose est de réduire la charge de la tuberculose et de l'infection à VIH chez les sujets à risque ou les personnes touchées par ces deux maladies. La tuberculose associée au VIH représente environ un quart du total des décès dus à la tuberculose et un quart de l'ensemble des décès dus au sida. La vaste majorité des cas et décès sont enregistrés dans la Région de l'Afrique et dans celle de l'Asie du Sud-Est. Tous les tuberculeux vivant avec le VIH devraient recevoir un traitement antirétroviral. On a démontré que la fourniture intégrée

de services contre la tuberculose et le VIH augmentait la probabilité que le patient reçoive un traitement antirétroviral, diminuait le délai de mise en place du traitement et réduisait la mortalité de presque 40 %.

50. ***Intégrer les services de lutte contre la tuberculose et le VIH.*** Fait encourageant, les activités de collaboration contre la co-infection VIH/tuberculose se sont intensifiées à l'échelle mondiale. Néanmoins, la couverture globale des services reste faible. De plus, l'ampleur et le rythme des progrès varient fortement d'un pays à l'autre. Des disparités demeurent entre, d'une part, la couverture du dépistage du VIH pour les malades de la tuberculose et, d'autre part, la couverture du traitement antirétroviral, du traitement préventif au cotrimoxazole et de la prévention du VIH. La réduction des délais de diagnostic, l'utilisation des nouveaux outils diagnostiques et la mise en place d'un traitement rapide peuvent améliorer l'évolution de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH. Dans les contextes à forte charge, les soins pour la tuberculose et le VIH devraient être plus étroitement intégrés aux services pour la santé de la mère et de l'enfant et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

51. ***Prise en charge conjointe des comorbidités de la tuberculose et des maladies non transmissibles.*** Parmi les facteurs de risque de la tuberculose figurent plusieurs maladies non transmissibles et d'autres problèmes de santé, y compris le diabète sucré, la dénutrition, la silicose ainsi que la consommation de tabac, l'usage nocif de l'alcool et la consommation de drogues, et tout un éventail de troubles et de traitements affectant le système immunitaire. Les comorbidités peuvent compliquer la prise en charge de la tuberculose et rendre les traitements inefficaces. De même, la tuberculose peut aggraver ou compliquer la prise en charge d'autres maladies. La prise en charge clinique (qu'elle soit de base ou coordonnée) devrait par conséquent permettre de rechercher systématiquement les comorbidités chez les personnes diagnostiquées tuberculeuses. Élaborée par l'OMS, l'approche pratique de la santé respiratoire[1] montre que l'on peut intégrer pleinement les soins antituberculeux à la prise en charge des maladies respiratoires. La situation locale déterminera quelles comorbidités rechercher systématiquement chez les personnes présentant une tuberculose évolutive. Un cadre national de collaboration peut aider à la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles, y compris la tuberculose.

Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose

52. ***Intensifier le traitement préventif des personnes à risque élevé de tuberculose.*** L'infection tuberculeuse latente est diagnostiquée au moyen d'un test cutané à la tuberculine ou en mesurant la production d'interféron gamma. Néanmoins, ces tests ne permettent pas de prédire quelles personnes développeront une tuberculose évolutive. Le traitement préventif à l'isoniazide est actuellement recommandé pour le traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les personnes vivant avec le VIH et les enfants de moins de cinq ans en contact avec des malades de la tuberculose. Son efficacité préventive est démontrée, mais il peut entraîner de graves effets indésirables, en particulier chez la personne âgée. Des études ont été menées sur des schémas d'efficacité similaire et de plus courte durée, mais il faut davantage de données sur leur efficacité et leur innocuité. Des études complémentaires sont également nécessaires pour évaluer l'efficacité et la faisabilité d'un traitement préventif chez d'autres groupes à haut risque, comme les personnes évoluant dans des lieux collectifs (prisons et lieux de travail, par exemple), les soignants, les personnes présentant une conversion récente du test à la tuberculine et les mineurs exposés à la poussière de silice. La prise en charge de l'infection tuberculeuse latente chez les sujets à risque élevé de tuberculose évolutive pourrait être une composante essentielle des efforts d'élimination, en particulier dans les pays à faible incidence.

[1] Documents WHO/HTM/TB/2008.410 ; WHO/NMH/CHP/CPM/08.02.

53. ***Continuer la vaccination par le BCG dans les pays à forte prévalence.*** La vaccination par le BCG (bacille Calmette-Guérin) permet de prévenir les formes disséminées de la tuberculose, de la méningite tuberculeuse et de la tuberculose miliaire, qui sont associées à une forte mortalité chez le nourrisson et le jeune enfant. Toutefois, son efficacité préventive pour la tuberculose, variable d'une population à l'autre, n'est que de 50 % environ. Tant que de nouveaux vaccins plus efficaces ne seront pas disponibles, le vaccin BCG devrait continuer d'être administré peu après la naissance à tous les nourrissons sauf aux personnes VIH-positives vivant dans des zones à forte prévalence tuberculeuse.

DEUXIÈME PILIER : POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN

54. ***Partage des responsabilités.*** Le deuxième pilier recouvre des mesures stratégiques qui permettront de mettre en œuvre les composantes du premier pilier au moyen du partage des responsabilités. Elles seront engagées par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et, au-delà, à l'échelle interministérielle et par plusieurs services de l'État. Leur finalité sera de traiter les besoins médicaux et non médicaux des malades et de contribuer également à la prévention. Il faudra pour cela que le système de santé dispose de ressources suffisantes, soit bien organisé et coordonné, soit placé sous la tutelle des pouvoirs publics et repose sur des politiques et réglementations sanitaires favorables et, plus largement, sur des politiques sociales et de développement. Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, leurs partenaires et les responsables de la supervision doivent collaborer activement pour fixer le programme plus large de développement économique et social. De même, les dirigeants des pays en développement doivent reconnaître que la tuberculose est une préoccupation sociale appelant une attention prioritaire.

55. ***Déterminants sociaux de la tuberculose***. Le deuxième pilier comprend également des mesures qui, au-delà du secteur de la santé, peuvent aider à prévenir la tuberculose en agissant sur les déterminants sociaux sous-jacents. Les interventions proposées visent notamment à réduire la pauvreté, à garantir la sécurité alimentaire et à améliorer les conditions de vie et de travail. D'autres ciblent directement les facteurs de risque : lutte antitabac, réduction de l'usage nocif de l'alcool, et soins et prévention pour le diabète. La prévention de la tuberculose nécessitera également que les gouvernements prennent des mesures pour réduire les vulnérabilités et les risques chez les personnes les plus sensibles à la maladie.

56. ***Approche pluridisciplinaire et multisectorielle.*** La mise en œuvre des composantes du deuxième pilier nécessite une approche pluridisciplinaire et multisectorielle. L'obligation redditionnelle incombera non seulement aux ministères de la santé, mais aussi à ceux des finances, du travail, de la protection sociale, du logement, de l'exploitation minière et de l'agriculture. Pour inciter les différents ministères à agir, il faudra que les plus hauts niveaux de l'État s'engagent et jouent leur rôle de tutelle. Cela devrait permettre d'obtenir des ressources suffisantes et d'instaurer une obligation redditionnelle adaptée en vue de mettre en place des soins cliniques optimaux et intégrés ; d'assurer une protection contre la charge économique catastrophique associée à la maladie ; d'engager des interventions sociales pour réduire la vulnérabilité face à la maladie ; et de protéger et promouvoir les droits de l'homme.

Engagement politique avec des ressources adaptées pour les soins et la prévention

57. ***Élaborer des plans stratégiques nationaux ambitieux.*** Pour intensifier durablement les interventions de soins et de prévention, il faudra mobiliser un engagement politique de haut niveau ainsi que des ressources financières et humaines adaptées. La formation continue et la supervision du personnel sont fondamentales pour renforcer fortement ces interventions et les pérenniser. Il est

essentiel à cet égard que les pouvoirs publics jouent leur rôle de tutelle en assurant une coordination centrale. Cela devrait, tout d'abord, permettre d'élaborer un plan stratégique national, intégré au plan national pour le secteur de la santé, en prenant en compte l'épidémiologie de la tuberculose, la structure et les fonctions du système de santé (y compris les systèmes d'achat et d'approvisionnement), la disponibilité des ressources, les politiques réglementaires, les liens avec les services sociaux, les populations migrantes et la collaboration transfrontières, le rôle des communautés, des organisations de la société civile et du secteur privé, et la coordination avec toutes les parties prenantes. Le plan stratégique national doit être à la fois ambitieux et complet et comprendre cinq sous-plans distincts : un plan principal, un plan budgétaire, un plan de suivi et d'évaluation, un plan opérationnel et un plan d'assistance technique.

58. ***Mobiliser des ressources adaptées.*** L'extension des soins et de la prévention à l'échelle du secteur de la santé et au-delà ne sera possible qu'avec un financement suffisant. Le plan stratégique national doit être accompagné d'un budget adapté précisant clairement les déficits de financement. Une budgétisation correcte devrait faciliter la mobilisation des ressources auprès des différentes sources internationales et nationales et permettre la pleine mise en œuvre du plan. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, les ressources actuellement disponibles sont inadaptées ou ne suffisent qu'à financer des plans peu ambitieux. Des efforts concertés doivent être engagés pour mobiliser des ressources additionnelles et financer ainsi des plans stratégiques nationaux réellement ambitieux en augmentant progressivement le financement intérieur.

Collaboration renforcée des communautés, des organisations de la société civile et de tous les prestataires de soins publics et privés

59. ***Mobiliser les communautés et la société civile.*** Toute action résolue pour mettre un terme à l'épidémie de tuberculose imposera de mettre en place des partenariats durables à l'échelle du secteur de la santé et des secteurs sociaux et entre le secteur de la santé et les communautés. Des membres avertis de la communauté peuvent notifier les cas suspects de tuberculose, les adresser à un professionnel pour diagnostic, leur apporter un soutien durant le traitement, et aider à combattre la stigmatisation et la discrimination. Les organisations de la société civile possèdent des capacités particulières dont les programmes de lutte contre la tuberculose pourraient tirer profit. Ces compétences consistent par exemple à nouer le dialogue avec les groupes vulnérables, à mobiliser les communautés, à transmettre des informations, à créer une demande de soins, à élaborer des modèles efficaces de prestation de soins et à agir sur les déterminants de l'épidémie de tuberculose. Les programmes nationaux de lutte devraient nouer des relations avec les organisations de la société civile qui pour le moment ne sont pas engagées dans la fourniture de soins antituberculeux, les encourager à intégrer les soins antituberculeux à assise communautaire dans leurs activités et élargir le réseau de structures de soins et de prévention. La société civile devrait également prendre part à l'élaboration et à la planification des politiques ainsi qu'au suivi périodique de la mise en œuvre des programmes.

60. ***Renforcer les approches public-privé et promouvoir les normes internationales applicables au traitement de la tuberculose.*** Dans nombre de pays, les soins antituberculeux sont prodigués par des prestataires de soins privés : pharmaciens, soignants professionnels et non professionnels, organisations non gouvernementales et confessionnelles, et structures sanitaires d'entreprise. Plusieurs prestataires publics ne relevant pas des programmes nationaux de lutte réalisent également ces interventions (grands hôpitaux publics, organismes de sécurité sociale, services de santé pénitentiaires, services de santé militaires, notamment). De nombreux prestataires de soins n'ont pas été associés à l'action coordonnée contre la tuberculose, ce qui a contribué à la stagnation de la notification des cas, à des problèmes de prise en charge et à un usage irrationnel des antituberculeux (lequel favorise la propagation de la tuberculose pharmacorésistante). Les programmes nationaux de lutte devront renforcer les approches public-privé, qui fonctionnent déjà bien dans nombre de pays, et une étroite

collaboration avec les associations de professionnels de la santé sera nécessaire à cette fin. Les normes internationales applicables au traitement de la tuberculose (ou « *Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose* »), d'autres outils et lignes directrices élaborés par l'OMS, et des systèmes modernes de technologies de l'information et de la communication peuvent jouer à cet égard un rôle efficace.

Politiques de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires sur la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse

61. ***Avancer rapidement vers la couverture sanitaire universelle.*** La couverture sanitaire universelle, qui désigne « la situation dans laquelle chacun peut utiliser les services de santé de qualité dont il a besoin sans risquer de difficultés financières pour leur paiement », revêt une importance fondamentale pour des soins et une prévention efficaces contre la tuberculose. Pour l'instaurer, il faut un système adapté, juste et durable de financement prépayé des soins de santé, offrant une couverture géographique complète, associé à une assurance qualité efficace pour les services et à un dispositif de suivi et d'évaluation. Pour la tuberculose, plus particulièrement, cela suppose : a) d'élargir l'accès à l'ensemble des services de qualité recommandés dans cette stratégie, dans le cadre des services généraux de santé ; b) d'élargir la couverture, y compris pour le coût des consultations et du dépistage, les médicaments et les tests de suivi et pour toutes les dépenses associées à un traitement curatif ou préventif complet ; et c) d'élargir l'accès aux services à tous ceux qui en ont besoin, en particulier les groupes vulnérables qui se heurtent à plus d'obstacles et voient le plus leur état de santé se détériorer.

62. ***Renforcer les cadres réglementaires.*** Les politiques et cadres réglementaires nationaux sur le financement des soins et l'accès aux soins, la production de qualité garantie et l'utilisation des médicaments et des produits de diagnostic, les services de santé de qualité, la lutte anti-infectieuse, les statistiques d'état civil et les systèmes de surveillance des maladies, sont de puissants leviers qui jouent un rôle essentiel pour des soins et une prévention efficaces en matière de tuberculose. Dans les pays à forte charge de tuberculose, ces cadres doivent être d'urgence renforcés et mis en œuvre. Le projet de stratégie demande des améliorations dans plusieurs domaines, précisés ci-dessous.

63. ***Imposer une obligation de notification des cas de tuberculose.*** De nombreux cas de tuberculose ne sont pas notifiés, en particulier ceux pris en charge par des prestataires de soins privés ne relevant pas des programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Cette sous-notification entrave la surveillance de la maladie, les investigations chez les sujets contacts, la gestion des flambées et la lutte anti-infectieuse. Il est essentiel qu'une loi sur les maladies infectieuses ou un dispositif équivalent existe et soit bien appliqué, et impose entre autres choses une obligation de notification à tous les soignants.

64. ***Veiller à ce que les décès par tuberculose soient enregistrés dans les statistiques d'état civil.*** La plupart des pays supportant une forte charge de tuberculose ne possèdent pas de système complet d'enregistrement des faits d'état civil et la qualité des informations sur le nombre de décès par tuberculose est souvent insuffisante. Un système d'état civil efficace doit être en place pour garantir que chaque décès dû à la tuberculose soit correctement enregistré.

65. ***Réglementer la production, la qualité et l'utilisation des produits de diagnostic et des médicaments antituberculeux.*** Les antituberculeux de mauvaise qualité font peser des risques importants sur les patients tandis que la prescription de schémas thérapeutiques irrationnels compromet l'issue du traitement et peut entraîner une pharmacorésistance. De même, l'utilisation de produits mal adaptés (pour les tests sérologiques, par exemple) entraîne des diagnostics erronés. Une

réglementation est nécessaire sur l'enregistrement, l'importation et la fabrication de produits médicaux et il faut des ressources pour la faire appliquer. Il faudrait réglementer le subventionnement des produits médicaux et définir quels professionnels de la santé sont autorisés à prescrire, préparer et délivrer des médicaments antituberculeux.

66. ***Prendre des mesures complètes de lutte anti-infectieuse.*** Une réglementation adaptée est nécessaire pour combattre efficacement l'infection dans les services de soins de santé et d'autres contextes à risque de transmission élevé. Des mesures gestionnaires, administratives, environnementales et personnelles de lutte anti-infectieuse devraient être intégrées à la législation sur l'infection et à la réglementation sur la construction et l'organisation des établissements de santé.

Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose

67. ***Alléger la charge économique associée à la tuberculose.*** Une part importante des malades supportent une charge économique catastrophique associée aux coûts directs et indirects de la maladie et des soins. La tuberculose peut aussi avoir des répercussions sociales : stigmatisation et isolement, interruption des études, perte d'emploi, divorce. Les conséquences négatives s'étendent souvent à la famille des malades. Dès lors, même lorsque le diagnostic et le traitement sont gratuits, des mesures de protection sociale doivent être engagées pour atténuer la charge liée à la perte de revenus et aux coûts non médicaux liés à la mise en place et à la poursuite des soins.

68. ***Élargir la couverture de la protection sociale.*** Le système de protection sociale devrait couvrir les besoins liés à la tuberculose en prévoyant, par exemple : a) des mécanismes de compensation pour la charge financière associée à la maladie (par exemple assurance-maladie, pension d'invalidité, prestations sociales, autres transferts monétaires, bons ou colis alimentaires) ; b) une législation pour protéger les malades de la tuberculose de la discrimination, laquelle peut prendre, par exemple, la forme d'une expulsion du lieu de travail, d'un établissement d'enseignement ou de santé, des systèmes de transport ou de son propre logement ; et c) des instruments pour protéger et promouvoir les droits de l'homme, en particulier pour s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination, en accordant une attention particulière à la parité hommes-femmes, à l'appartenance ethnique et à la protection des groupes vulnérables. Ces instruments devraient comprendre un système de renforcement des capacités pour que les communautés touchées puissent exprimer leurs besoins et protéger leurs droits, et demander des comptes à ceux qui enfreignent leurs droits fondamentaux ou sont chargés de les défendre.

69. ***Combattre la pauvreté et les facteurs de risque connexes.*** La pauvreté est un puissant déterminant de la tuberculose. Ainsi, les lieux de vie et de travail surpeuplés et mal ventilés qui lui sont souvent associés sont des facteurs de risque directs pour la transmission. La dénutrition est également un facteur de risque important pour la forme évolutive. De plus, la pauvreté est corrélée à une mauvaise connaissance générale des questions de santé et à des difficultés pour mettre en pratique ce savoir, d'où découle une exposition à plusieurs facteurs de risque de la tuberculose. La réduction de la pauvreté atténue le risque de transmission et celui du développement de la forme active. Elle concourt également à un meilleur accès aux services de santé et favorise l'observance du traitement.

70. ***Mettre en œuvre des approches pour intégrer la santé dans toutes les politiques.*** Les soins et la prévention tireront un immense bénéfice d'actions ciblant les problèmes de santé tout en intégrant la santé dans toutes les politiques. Il s'agit par exemple : a) de mener des stratégies globales de réduction de la pauvreté et d'étendre la protection sociale ; b) d'améliorer les conditions de vie et de travail et de réduire l'insécurité alimentaire ; c) de traiter les problèmes de santé des populations migrantes et de renforcer la collaboration transfrontières ; d) de mobiliser différentes parties prenantes, y compris les

communautés touchées par la tuberculose, en vue de cartographier les déterminants sociaux de cette maladie ; et e) de prévenir les facteurs de risque directs de la tuberculose, y compris la consommation de tabac, l'usage nocif de l'alcool et la consommation de drogues, et de prodiguer des soins cliniques appropriés pour les pathologies qui augmentent le risque de tuberculose (diabète, par exemple).

TROISIÈME PILIER : INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

71. ***Accroître l'investissement dans la recherche.*** Les progrès dans la lutte antituberculeuse sont entravés par l'absence de nouveaux outils plus efficaces de dépistage, de traitement et de prévention, mais aussi par les faiblesses des systèmes de santé, lesquelles empêchent de fournir un traitement et un diagnostic optimaux avec les outils existants. Pour mettre un terme à l'épidémie de tuberculose, il faudra investir massivement dans l'élaboration de nouveaux outils de dépistage, de traitement et de prévention, veiller à ce qu'ils soient accessibles et adoptés de manière optimale dans les pays, et assurer un usage plus large et plus adapté des technologies existantes. Cela ne sera possible qu'en augmentant l'investissement et en mobilisant les partenaires, la communauté de la recherche et les programmes nationaux de lutte antituberculeuse.

72. ***Mener des recherches pour éliminer la tuberculose.*** De nouvelles technologies et de nouveaux modèles de prestation de services révolutionnaires sont nécessaires pour éliminer la tuberculose. Cela imposera d'intensifier la recherche – depuis la recherche fondamentale, en vue de soutenir l'innovation pour améliorer les produits de diagnostic, les médicaments et les vaccins, jusqu'à la recherche sur les questions opérationnelles et sur les systèmes de santé, en vue d'améliorer l'efficacité programmatique actuelle et de mettre en place de nouvelles stratégies et interventions reposant sur de nouveaux outils. Une feuille de route internationale pour la recherche sur la tuberculose a été établie pour mettre en exergue la nécessité de relancer et de compléter les efforts dans ce domaine. Elle souligne les domaines prioritaires dans lesquels engager des investissements scientifiques, tout au long du *continuum* de la recherche, et fournit un cadre axé sur les résultats. Il faudra également cartographier les efforts déployés dans les différents domaines de recherche, de sorte à suivre les progrès accomplis. La recherche pour l'élimination de la tuberculose nécessitera d'adopter une approche pluridimensionnelle, éclairée par les parties prenantes, dont les scientifiques, les experts en santé publique, les gestionnaires des programmes de lutte, les partenaires financiers, les responsables de l'élaboration des politiques et les représentants de la société civile. Guidée par les besoins cliniques et programmatiques, cette approche devrait non seulement aider à mener une recherche axée sur la santé publique pour l'élaboration de nouveaux outils et stratégies, mais aussi faciliter la bonne intégration de ces derniers dans les programmes actuels. Il est important que la tuberculose devienne un domaine clé des programmes nationaux de recherche en santé.

Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies

73. ***Mettre au point un test rapide pour le diagnostic de la tuberculose sur le lieu de soins.*** Depuis 2007, plusieurs nouveaux tests et approches de diagnostic ont été adoptés par l'OMS : culture en milieu liquide avec spéciation rapide comme étalon de référence pour la confirmation biologique ; hybridation inverse sur bandelette pour détection rapide de la tuberculose multirésistante ; méthodes de culture et tests de pharmacosensibilité non commerciaux ; microscopes à diode électroluminescente ; et test moléculaire pour le diagnostic rapide et simultané de la tuberculose et de la tuberculose résistante à la rifampicine. Cependant, on ne dispose toujours pas d'un test précis et rapide pour le lieu de soins. Pour le mettre au point, il faudra renforcer l'investissement dans la recherche sur les biomarqueurs et surmonter les difficultés liées à la transformation de technologies de laboratoire sophistiquées en des dispositifs solides, précis et abordables pour les lieux de soins.

74. ***Élaborer de nouveaux médicaments et schémas thérapeutiques pour le traitement de toutes les formes de tuberculose.*** Le nombre de nouveaux vaccins en préparation a considérablement augmenté ces 10 dernières années. Près d'une douzaine d'antituberculeux nouveaux ou à nouvel usage font actuellement l'objet d'investigations cliniques. La bédaquiline, premier antituberculeux mis au point depuis des décennies, a été approuvé en 2013 par l'OMS pour le traitement de la tuberculose multirésistante. Un deuxième médicament nouveau, la délamanide, également destiné à traiter la tuberculose multirésistante, est en cours d'examen par l'OMS. De nouveaux schémas, y compris des médicaments nouveaux ou affectés à un nouvel usage, des adjuvants et des traitements de soutien sont à l'étude et les premiers résultats sont prometteurs. Pour de nouveaux progrès, des investissements sont nécessaires dans la recherche et dans le renforcement des capacités afin de mener des essais conformes aux normes internationales et trouver des moyens de réduire la durée des essais de médicaments antituberculeux.

75. ***Renforcer la recherche sur la détection et le traitement de l'infection latente.*** À l'échelle mondiale, on estime que plus de 2 milliards de personnes sont infectées à *Mycobacterium tuberculosis*, mais seulement 5 % à 15 % des personnes infectées développeront une forme active au cours de leur vie. Pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose, il faudra supprimer ce réservoir d'infection. La recherche est nécessaire pour développer de nouveaux tests diagnostiques et détecter les sujets à infection tuberculeuse latente qui pourraient développer la maladie. De plus, des stratégies de traitement sûres pourraient être utilisées pour empêcher le développement de la maladie chez les sujets à infection latente, par exemple de nouveaux médicaments, des combinaisons, et différentes interventions pour identifier et atténuer les facteurs de risque d'évolution. De plus amples recherches seront nécessaires pour étudier l'impact et la sûreté de stratégies ciblées ou de stratégies préventives de masse.

76. ***Mettre au point un vaccin efficace contre la tuberculose.*** Le vaccin BCG, vieux d'un siècle, confère une protection utile contre certaines formes graves de tuberculose chez le nourrisson et le jeune enfant, mais son efficacité est limitée contre d'autres formes. De nombreux progrès ont été accomplis pour élaborer de nouveaux vaccins ; on compte aujourd'hui 12 vaccins candidats soumis à essais cliniques. Des travaux de recherche et des investissements supplémentaires sont nécessaires pour traiter plusieurs défis scientifiques majeurs et identifier les priorités de la recherche vaccinale future. Un vaccin postexposition pour prévenir la maladie chez les sujets à infection latente sera indispensable pour pouvoir éliminer la tuberculose dans un avenir proche.

Recherche en vue d'optimiser la mise en œuvre et l'impact et de promouvoir l'innovation

77. ***Investir dans la recherche appliquée.*** Les investissements dans la recherche fondamentale doivent être complétés par d'autres dans la recherche appliquée, en vue de soutenir l'adoption, l'adaptation et la mise en œuvre rapides de politiques reposant sur des bases factuelles. Pour obtenir des éléments factuels permettant d'améliorer les stratégies actuelles et d'introduire de nouveaux outils, il faudra mener des recherches visant à améliorer les politiques, à mieux concevoir et exploiter les systèmes de santé, et à trouver des méthodes plus efficaces de prestation de services. Des travaux sont également nécessaires pour déceler et supprimer les goulets d'étranglement qui entravent la mise en œuvre des politiques nouvelles et existantes, et pour fournir des données sur les patients et les systèmes de santé.

78. ***Utiliser la recherche pour éclairer et améliorer la mise en œuvre.*** La plupart des innovations ne peuvent se traduire en interventions locales efficaces sans une planification et une adaptation attentives, et des partenariats avec les parties prenantes. Outre la surveillance de routine, une recherche bien planifiée et bien menée est nécessaire pour évaluer la situation nationale et locale de l'épidémiologie et du système de santé, les aspects socio-comportementaux en matière de consultation, d'observance du traitement, de stigmatisation et de discrimination, et pour évaluer différents modèles de mise en œuvre.

79. ***Créer un environnement favorable à la recherche.*** Favoriser une recherche plus efficace et plus pertinente dans le domaine opérationnel, pour le système de santé et pour les sciences sociales, contribuera à la mise en œuvre et à l'élaboration de politiques nationales et mondiales. À cette fin, de bons systèmes d'établissement des priorités de recherche, de planification et de mise en œuvre doivent être en place au niveau des pays. Les indicateurs de mesure des progrès doivent inclure des investissements dans les résultats ainsi que l'impact des activités de recherche. Un effort concerté, de large portée, est nécessaire pour mettre en place des capacités de recherche, allouer des ressources appropriées et encourager les parties prenantes à travailler ensemble. Un environnement favorable est nécessaire pour mener des recherches à visée programmatique, traduire les résultats en autant de politiques et pratiques, et permettre ainsi aux programmes de lutte contre la tuberculose d'atteindre leur plein potentiel.

ADAPTER ET METTRE EN ŒUVRE LA STRATÉGIE

Établir et entretenir un dialogue stratégique

80. ***Faire participer toutes les parties prenantes à l'adoption et à l'adaptation de la stratégie.*** Pour adapter et mettre en œuvre la stratégie, une première étape consisterait à demander aux États Membres de mener des consultations nationales complètes avec un large éventail de parties prenantes, y compris les communautés les plus touchées par la tuberculose, en vue d'examiner la stratégie, de l'adopter et de préparer son adaptation. Une application généralisée ne serait pas appropriée si la stratégie mondiale n'est pas adaptée aux besoins locaux, évalués en fonction de la nature de l'épidémie de tuberculose, du système de santé existant, du programme de développement économique et social et des demandes exprimées par les populations à risque. Il convient en outre de se fonder sur les capacités des systèmes de santé et celles des partenaires.

81. ***Utiliser une approche pluridisciplinaire.*** Pour que la stratégie soit mise en œuvre efficacement, il faudra que de nombreux acteurs participent et partagent leurs responsabilités. L'action des comités consultatifs actuels sur la tuberculose devra aller au-delà des compétences cliniques, épidémiologiques et de santé publique. Un plus large éventail de capacités devra être mobilisé auprès de la société civile et des domaines de la politique de développement, des droits de l'homme, de la protection sociale, de la réglementation, de l'évaluation des technologies de la santé, des sciences sociales et de la communication. Le travail réalisé pour adapter la nouvelle stratégie antituberculeuse mondiale aux contextes nationaux pourrait venir en complément de la planification stratégique nationale en santé, mais nécessitera des efforts importants.

82. ***Se préparer à l'élaboration de nouveaux plans stratégiques.*** Les pays suivent différents cycles de planification du développement. Il faudra peut-être modifier les plans stratégiques et opérationnels existants sur la base des nouvelles approches éventuelles. Des plans stratégiques nationaux détaillés sont également essentiels pour mobiliser des financements de sources intérieures et internationales. L'élaboration de nouveaux plans stratégiques nationaux ou la modification de ceux existants devraient prendre en considération le cadre recommandé pour le nouveau projet de stratégie.

Cartographie de la situation épidémiologique et des systèmes de santé

83. ***Évaluer en détail le contexte épidémiologique et sanitaire.*** Pour pouvoir adopter la stratégie et se préparer à son adaptation, il faudra d'abord évaluer en détail la situation épidémiologique et sanitaire nationale. Correctement réalisée, la cartographie devrait fournir des informations importantes, par exemple : groupes de population les plus touchés ou les plus à risque ; caractéristiques et tendances en fonction de l'âge et du sexe ; prévalence des différentes formes de tuberculose et des principales comorbidités, y compris le VIH, la dénutrition, le diabète, la consommation de tabac et l'abus d'alcool ; variations infranationales notables entre les zones urbaines et rurales ; distribution et types de prestataires de soins ; systèmes de protection sociale disponibles et liens actuels et potentiels que ceux-ci entretiennent au bénéfice des soins et de la prévention contre la tuberculose.

84. ***Collecter et utiliser des données pour améliorer la cartographie des systèmes.*** Les rapports de routine et, dans certains pays, les résultats des enquêtes nationales ou régionales sur la prévalence de la tuberculose peuvent fournir certaines informations utiles pour évaluer le contexte. Les autres données requises peuvent être recueillies en examinant les évaluations périodiques des programmes nationaux, les évaluations de terrain et les études quantitatives et qualitatives locales. À cette fin, les pays devront renforcer leurs capacités pour mettre en place un système d'information permettant de suivre les caractéristiques de l'épidémie de tuberculose et d'utiliser correctement les données produites par le système à tous les niveaux.

MESURER LES PROGRÈS ET L'IMPACT

85. Pour la mise en œuvre de chaque composante de la stratégie mondiale, il est essentiel de fixer des cibles et de suivre les progrès. La surveillance devrait être effectuée systématiquement au moyen de méthodes normalisée et en se fondant sur des données de qualité établie. Le Tableau 2 ci-dessous montre quels indicateurs pourraient être utilisés pour suivre les progrès dans la mise en œuvre des différentes composantes et sous-composantes de la stratégie. Les principaux indicateurs de la charge de morbidité sont l'incidence, la prévalence et la mortalité. Compte tenu des cibles globales de la stratégie pour 2025, il faut accorder une attention particulière à l'évolution des tendances de la mortalité et de l'incidence.

86. Les données sur la mortalité sont essentielles pour fixer des priorités entre les interventions de santé publique et évaluer les progrès accomplis en matière de lutte et du point de vue de la santé globale de la population (y compris les inégalités en santé). Un système solide d'enregistrement des faits d'état civil incluant les causes de décès est essentiel pour mesurer les tendances de la mortalité par tuberculose. Les données de ce système peuvent également servir à déterminer quels sous-groupes de population affichent un ratio mortalité/notification des cas plus élevé, ce qui permet de cibler les interventions. La qualité de ces données est contrôlée à l'échelle mondiale par l'OMS[1] et des méthodes statistiques peuvent être utilisées si la couverture est incomplète ou le codage erroné. Les pays possédant déjà des systèmes d'enregistrement doivent garantir que les données sont de qualité suffisante. Ceux qui n'en disposent pas doivent, eux, les mettre en place. De plus en plus de pays optent provisoirement pour des systèmes d'enregistrement par échantillons.

[1] Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Recensement des décès et des causes de décès : une évaluation de l'état des données relatives aux causes de décès dans le monde. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé.* 2005 ; 83(3):171-7.

87. À l'échelle mondiale, on estime que l'incidence recule lentement au taux d'environ 2 % par an. Compte tenu des cibles pour 2025 et 2050, il faudra après 2015 accorder une grande attention à la mesure de ce rythme de baisse. Dans les pays à haut revenu dotés de systèmes de surveillance de la tuberculose et de systèmes de santé solides, les systèmes de notification des cas rendent compte de la totalité ou presque des cas incidents. Mais dans les autres pays, les notifications systématiques de cas fournissent des données biaisées du fait du sous-diagnostic (cas non diagnostiqués) et de la sous-notification (cas diagnostiqués par les praticiens de santé mais non notifiés aux autorités de santé publique). Dans de tels contextes, les études de recensement et la modélisation capture-recapture peuvent servir à estimer l'incidence de la tuberculose.

88. Pour mesurer correctement les tendances de l'incidence de la tuberculose, il faut renforcer les systèmes de surveillance de la tuberculose de sorte qu'ils couvrent tous les prestataires de soins et réduisent le niveau de sous-notification. L'OMS a élaboré une liste type pour la surveillance de la tuberculose (« Standards and benchmarks for tuberculosis surveillance and vital registration systems ») dans le but d'évaluer la capacité du système national de surveillance à mesurer correctement les cas de tuberculose. Cette liste fixe 10 normes à satisfaire pour que les données de notification et les statistiques d'état civil soient considérées respectivement comme des évaluations directes de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité par tuberculose. Les pays satisfaisant à toutes les normes peuvent être considérés comme ayant un système approprié de surveillance. La liste type de l'OMS devrait être utilisée pour améliorer progressivement la surveillance de la tuberculose, l'objectif ultime étant de mesurer les tendances d'évolution des cas de tuberculose en se fondant directement sur les données de notification de tous les pays.

89. La prévalence de la tuberculose est un indicateur très utile de la charge de morbidité tuberculeuse. Elle peut être directement mesurée au moyen d'enquêtes en population.[1] Les enquêtes de prévalence fournissent également des informations utiles pour améliorer les politiques, en particulier celles sur l'accès à la santé et au diagnostic de la tuberculose. Il n'est pas toujours possible de mesurer la prévalence de la tuberculose au moyen d'enquêtes nationales. Les enquêtes nationales de prévalence sont importantes dans les zones à forte charge et seront particulièrement pertinentes et utiles pour mesurer directement l'impact dans les pays qui en auront mené une enquête vers 2015 (que celle-ci vise à établir une base de comparaison ou à évaluer les progrès). Le Groupe spécial mondial de l'OMS sur la mesure de l'impact de la tuberculose a fixé des critères pour définir les priorités des enquêtes nationales de prévalence, et il travaille avec les pays et avec les autres partenaires pour soutenir la mise en œuvre et l'analyse des enquêtes. Le groupe spécial suit étroitement la mise en œuvre de l'ensemble des enquêtes pour garantir une comparabilité internationale en utilisant les méthodes et normes recommandées par l'OMS. Il évalue également les progrès accomplis vers les cibles de réduction de la prévalence.

[1] Organisation mondiale de la Santé. Tuberculosis prevalence surveys: a handbook. Genève, 2011. http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/resources_documents/thelimebook/en/index.html.

Tableau 2. Liste indicative des principaux indicateurs mondiaux du projet de stratégie mondiale pour l'après-2015

COMPOSANTE	INDICATEURS
PREMIER PILIER : SOINS ET PRÉVENTION INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LE PATIENT	
A. Diagnostic précoce	– Pourcentage de sujets suspects de tuberculose testés au moyen des produits de diagnostic rapide de l'OMS – Pourcentage de malades de la tuberculose pour qui on dispose de résultats de tests de pharmacosensibilité – Pourcentage des cas indicateurs de tuberculose répondant aux critères et dont les contacts ont fait l'objet d'investigations
B. Traitement	– Taux de réussite des traitements antituberculeux – Pourcentage de patients présentant une tuberculose résistante aux médicaments qui suivent un traitement de deuxième intention
C. Co-infection VIH/tuberculose et comorbidités	– Pourcentage de malades de la tuberculose ayant subi un dépistage pour le VIH – Pourcentage de sujets séropositifs suivant une thérapie antirétrovirale
D. Traitement préventif	– Pourcentage de personnes admissibles atteintes du VIH et d'enfants âgés de moins de cinq ans qui sont des contacts de tuberculeux traités pour l'infection tuberculeuse latente
DEUXIÈME PILIER : POLITIQUES AUDACIEUSES ET SYSTÈMES DE SOUTIEN	
A. Engagement du gouvernement	– Pourcentage financé du budget annuel défini dans les plans stratégiques nationaux de lutte antituberculeuse
B. Participation des communautés et des prestataires	– Pourcentage des cas de tuberculose diagnostiqués qui ont été notifiés
C. Couverture sanitaire universelle et cadre réglementaire	– Pourcentage de la population sans dépenses de santé catastrophiques – Pourcentage de pays dotés d'un système certifié de surveillance de la tuberculose
D. Protection sociale, déterminants sociaux	– Pourcentage de familles touchées confrontées à des coûts catastrophiques dus à la tuberculose – Pourcentage de la population qui ne souffre pas de dénutrition
TROISIÈME PILIER : INTENSIFICATION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION	
A. Découverte	– Pourcentage du nombre souhaité de nouveaux produits de diagnostic, médicaments et vaccins antituberculeux en préparation
B. Mise en œuvre	– Pourcentage de pays qui introduisent de nouveaux produits de diagnostic, médicaments ou vaccins, ou en renforcent l'usage

RÔLE DU SECRÉTARIAT DE L'OMS

90. Le Secrétariat de l'OMS, à tous les niveaux de l'Organisation, prêtera son concours aux États Membres pour l'examen, l'adoption, l'adaptation et la mise en œuvre de leurs stratégies de lutte antituberculeuse après 2015 en s'appuyant sur le cadre fourni dans le projet de stratégie. L'OMS exploitera ses avantages comparatifs dans les principales fonctions ci-dessous et utilisera son Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose et ses organes consultatifs régionaux, ainsi que les organes directeurs de l'Organisation, pour orienter, soutenir et évaluer son action.

91. L'OMS poursuivra son action en matière de politique générale et de fixation de normes, en s'appuyant sur les lignes directrices actuelles et futures sur la tuberculose. Le Secrétariat fournira les orientations et les outils stratégiques nécessaires pour adapter la stratégie et la mettre en œuvre dans différents contextes nationaux. Ces outils devront être affinés à la lumière des données supplémentaires obtenues sur les approches efficaces et les bonnes pratiques. Des orientations périodiques seront nécessaires sur l'utilisation de nouveaux produits de diagnostic de la tuberculose, des nouvelles méthodes de tests de pharmacosensibilité et de nouveaux schémas thérapeutiques, dès qu'ils seront disponibles. L'OMS œuvrera avec ses partenaires pour les encourager à produire des données complémentaires et des recommandations de politique générale sur la manière dont les programmes de lutte peuvent participer au programme de développement pour agir sur les déterminants sociaux de la tuberculose.

92. Pour que la stratégie puisse avoir un impact rapide et constituer un soutien pour les États Membres, le Secrétariat s'acquittera de sa fonction centrale de coordination du soutien technique. Il continuera à cet égard de favoriser la contribution des partenaires aux niveaux mondial, national et local. Le Dispositif d'assistance technique contre la tuberculose (TBTEAM), dirigé par l'OMS, aide à faciliter et à mobiliser le financement de l'assistance technique moyennant des partenariats avec les principaux organismes d'aide au développement. Pour combler les carences techniques des organismes d'aide, il faudra collaborer avec des experts qui combattent des problèmes de santé autres que la tuberculose, et envoyer davantage de jeunes collaborateurs sur le terrain.

93. L'OMS continuera de renforcer son rôle de tutelle en vue de créer une demande mondiale pour la recherche, de fixer les priorités entre les besoins de recherche antituberculeuse et de soutenir, avec les partenaires, des recherches efficaces pour éclairer la stratégie mondiale et nationale et pour élaborer et mettre en œuvre les politiques. Cela supposera de continuer de travailler avec les scientifiques, les épidémiologistes, les experts des sciences sociales, les innovateurs des secteurs public et privé et du monde universitaire, et les populations touchées. Cela signifiera également que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose devront travailler avec les partenaires universitaires et les établissements de recherche associés, les partenariats de recherche publics et les partenariats public-privé.

94. L'OMS favorisera la mise en place de partenariats efficaces pour soutenir l'action qu'il est proposé d'engager dans le cadre des trois piliers du nouveau projet de stratégie. Ces partenariats visent à aider les États Membres à instaurer un accès universel aux soins antituberculeux et à la prévention, et à atteindre les populations vulnérables et les communautés les plus touchées par l'épidémie de tuberculose dans le monde. L'OMS œuvrera avec le Partenariat Halte à la tuberculose et établira de nouveaux partenariats pour mobiliser un engagement et une innovation efficaces concernant les éléments de la stratégie non liés au secteur de la santé.

95. Lorsque la Stratégie Halte à la tuberculose 2006-2015 a été lancée par l'OMS, elle a été rapidement transposée en un plan d'action mondial complet, chiffré, pour le Partenariat Halte à la tuberculose (lequel est hébergé et administré par l'OMS). De la même manière, s'agissant du projet de stratégie mondiale pour l'après-2015, l'OMS soutiendra activement l'élaboration, par le Partenariat Halte à la tuberculose, d'un plan d'investissement mondial qui souligne les activités à mener et définisse les besoins de financement pour atteindre les cibles ambitieuses et franchir les jalons prévus. L'OMS travaillera en étroite collaboration avec le Partenariat Halte à la tuberculose et contribuera à préparer le plan d'action mondial et le plan d'investissement pour orienter les efforts de soins et de prévention après 2015 en fournissant les contributions stratégiques, scientifiques et techniques requises.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

96. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner et à adopter le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif dans la résolution EB134.R4.

= = =