



Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses

Rapport du Secrétariat

1. A sa deuxième réunion, le Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (Abuja, 2-3 décembre 2004) a reconnu qu'un financement durable était essentiel au progrès vers la réalisation des objectifs. Au titre de l'objectif 6 : « Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies », la cible 8 concernant la tuberculose prévoit qu'il faudra « d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ». Un plan mondial pour la période 2006-2015 visant à atteindre cette cible pour la tuberculose sera lancé fin 2005. Parmi les indicateurs pertinents à cet égard figurent le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité lié à la tuberculose, ainsi que la proportion des cas dépistés et celle des cas guéris grâce au traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS).¹ Le présent rapport propose une base pour l'examen d'un financement durable de la lutte antituberculeuse dans le cadre de ce plan mondial et dans le contexte du renforcement des systèmes de santé.

2. On entend par financement durable de la lutte antituberculeuse l'ensemble des options financières visant à promouvoir l'équité, assurer l'efficacité dans l'allocation, la distribution et l'utilisation en temps opportun des ressources, assurer la transparence et encourager le niveau le plus élevé possible d'autonomie financière. Les options disponibles qui répondent à ces critères sont notamment les fonds du secteur public ou secteur privé, les uns et les autres d'origine interne ou externe.

3. Les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse fixées pour l'an 2000 par les résolutions WHA44.8 et WHA46.36 consistaient à dépister 70 % des nouveaux cas d'infection et à guérir 85 % de malades à frottis positif. Les pays doivent encore atteindre ces cibles et maintenir ou améliorer ces niveaux de lutte pour pouvoir réduire la prévalence et le taux de mortalité dans les proportions prévues par les objectifs du Millénaire pour le développement. Malgré les importants progrès réalisés, l'Assemblée de la Santé a reconnu dans la résolution WHA53.1 que la plupart des pays confrontés à la charge de morbidité tuberculeuse la plus forte n'atteindraient pas les cibles mondiales en l'an 2000. L'Assemblée a souscrit à la Déclaration d'Amsterdam visant à faire barrage à la tuberculose (2000), qui a reporté ces cibles à 2005. De nombreux pays ont fait des progrès considérables : selon les derniers chiffres mondiaux disponibles, concernant les nouveaux cas à frottis positif, le taux de dépistage atteignait 45 % (à la fin de 2003) et le taux de guérison 82 % (pour les patients enregistrés

¹ La stratégie DOTS est la stratégie de lutte antituberculeuse recommandée au niveau international ; elle comporte cinq éléments : engagement politique, dépistage des cas, chimiothérapie normalisée de brève durée, approvisionnement régulier en médicaments, et enregistrement et compte rendu. Voir le document WHO/CDS/TB/2002.297.

en 2002).¹ Sur la base des chiffres concernant le dépistage des cas à la fin de 2003, la poursuite de la tendance à la hausse se traduira par un taux de dépistage de 60 % en 2005 et la réalisation de la cible mondiale de 70 % en 2007. Bien que le taux de guérison reste sensiblement au-dessous de la moyenne en Afrique (73 %) et en Europe (76 %), le taux mondial de 85 % devrait être atteint en 2005. Alors que l'incidence de la tuberculose diminue ou reste stable dans toutes les Régions sauf la Région africaine, le taux mondial d'incidence pour 2003 représentait une augmentation de 1 % par an en raison de l'incidence croissante en Afrique (alimentée par l'épidémie de VIH).

4. La tuberculose polypharmacorésistante et le facteur aggravant que représente le VIH pour l'épidémie de tuberculose constituent des difficultés particulières dans la lutte contre cette maladie. Si les progrès d'une large application de la stratégie DOTS contribueront à éviter l'émergence d'une résistance nouvelle, l'application de DOTS-Plus, qui est une adaptation de la stratégie DOTS, s'impose pour réduire la proportion des cas polypharmacorésistants dans l'épidémie de tuberculose en général. L'application de la stratégie DOTS-Plus dans les milieux déshérités a donné des taux de réussite parmi les malades souffrant de tuberculose polypharmacorésistante de 77 % et 69 % respectivement chez les nouveaux patients et chez ceux qui avaient déjà été traités (c'est-à-dire des taux analogues à ceux des pays industrialisés). La lutte contre la tuberculose liée au VIH suppose une collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH pour l'application d'une stratégie de lutte élargie, qui comprend des interventions contre la tuberculose (pleine application de la stratégie DOTS, intensification du dépistage des cas et du traitement, et traitement préventif) et des interventions contre le VIH (et donc indirectement contre la tuberculose), avec des adaptations selon la prévalence du VIH dans un pays donné.²

5. Les progrès de la lutte antituberculeuse réalisés jusqu'ici sont fondés sur la formation de partenariats, un consensus sur les politiques et stratégies essentielles, une bonne coordination et une amélioration de la planification aux niveaux mondial, régional et national, ainsi que sur un financement accru de l'application de la stratégie DOTS. Davantage de ressources, la mise au point de meilleurs outils (médicaments nouveaux, meilleurs outils diagnostiques et vaccins plus efficaces) et l'application d'une norme internationale de soins par tous les dispensateurs de soins (dans le secteur public comme dans le secteur privé) laissent envisager la possibilité d'une accélération des progrès dans la lutte mondiale contre la tuberculose.

6. Au niveau mondial, le partenariat Halte à la tuberculose offre désormais un moyen efficace de promouvoir et de coordonner les contributions d'un éventail toujours plus large de parties intéressées. Le plan mondial de lutte contre la tuberculose pour la période 2001-2005 a établi les fonds nécessaires pour la lutte mondiale contre la tuberculose (aussi bien pour la mise en oeuvre que pour la recherche). Le groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS, en collaboration avec les groupes de travail sur la tuberculose/VIH et DOTS-Plus, coordonne l'application de la stratégie DOTS. Le groupe de travail sur la sensibilisation et la communication s'emploie à défendre et à promouvoir les activités du partenariat. Les progrès accomplis en ce qui concerne les partenariats, la coordination et la planification ont varié selon les Régions.

7. Au niveau des pays, de nouveaux partenariats nationaux Halte à la tuberculose sont formés pour appuyer l'application des plans d'extension à long terme de la stratégie DOTS par le biais de comités nationaux de coordination interinstitutions. Cinq nouveaux partenariats nationaux avaient été établis au moment de la rédaction du présent rapport (au Brésil, en Indonésie, au Mexique, en Ouganda et au Pakistan).

¹ *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (résumé d'orientation en français).

² Document WHO/HTM/TB/2004.330.

8. Jusqu'ici, dans les pays à forte incidence de tuberculose, le financement de la lutte a été assuré par les pouvoirs publics et par d'autres sources intérieures, ainsi que par des sources extérieures (notamment des organisations bilatérales, multilatérales et non gouvernementales et des fondations). Sur les fonds disponibles pour la lutte antituberculeuse mondiale en 2004, 84 % provenaient de sources intérieures et 16 % de sources extérieures. L'engagement des Etats Membres dans la Déclaration d'Amsterdam en 2000, qui consistait à garantir des ressources intérieures suffisantes et durables, a été réitéré dans l'engagement de Washington en 2001, puis renforcé lors du Forum du partenariat Halte à la tuberculose qui a eu lieu à New Delhi, en Inde, en 2004. A l'heure actuelle, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme apporte des contributions financières importantes, et d'autres sources bilatérales et multilatérales ont également accru leur financement. Le total des fonds engagés par le Fonds mondial pour financer des propositions pour la lutte antituberculeuse (y compris la tuberculose liée au VIH) au cours des quatre premières séries d'octroi de subventions entre 2002-2004 s'est élevé à US \$1,218 milliard. Parmi les autres mécanismes nouveaux destinés à accroître le financement de la lutte contre la maladie figurent les documents stratégiques de lutte contre la pauvreté et les subventions, crédits et prêts qui leur sont associés.

9. Malgré les progrès récents de la lutte antituberculeuse, d'importantes contraintes subsistent. Les plus souvent citées par les pays à forte charge de morbidité tuberculeuse en 2004 étaient la crise des ressources humaines, des capacités de gestion insuffisantes, le manque d'infrastructures, un faible engagement politique, des services de laboratoire déficients, et le manque de suivi et d'évaluation. A cela s'ajoutent l'incapacité des programmes de lutte antituberculeuse à associer à leurs activités tout l'éventail des dispensateurs de soins (y compris les praticiens privés et toute la gamme des dispensateurs du secteur public) et la mobilisation insuffisante des communautés et des patients qui ne demandent pas toujours à se faire soigner et ne contribuent pas toujours au traitement. Dans les pays confrontés à la fois à une épidémie de VIH et de tuberculose, en particulier en Afrique subsaharienne, le VIH a exacerbé une grande partie des contraintes de la lutte antituberculeuse et freiné la réalisation des cibles mondiales en la matière. Au niveau mondial justement, seule une faible proportion de patients souffrant de tuberculose pharmacorésistante ont accès au traitement adéquat. Enfin, malgré la mobilisation de ressources nouvelles pour la lutte antituberculeuse, aussi bien les carences en matière de financement que les incertitudes concernant le financement futur continuent d'entraver la planification et la mise en oeuvre. Le montant total des ressources financières nécessaires pour la lutte antituberculeuse dans le monde – qu'il s'agisse de la mise en oeuvre (y compris le développement des capacités) ou de la recherche – s'élevait à US \$2,2 milliards par an pour 2004 et 2005, avec un déficit annuel estimatif de US \$800 millions. Ce financement accru devra provenir à la fois des pays à fort taux d'incidence de la tuberculose et de sources extérieures.

10. Pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement concernant la tuberculose (cible 8, objectif 6), une planification à long terme et un financement correspondant sont nécessaires au cours de la période de 2006 à 2015. Pour accélérer les progrès, il faudra apporter des améliorations sensibles aux systèmes de santé¹ comme l'ont recommandé le deuxième comité spécial sur l'épidémie de tuberculose,² la Commission Macroéconomie et Santé,³ et le Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Les gouvernements doivent collaborer avec toute une

¹ Voir document A58/5.

² *Report of the meeting of the second ad hoc committee on the TB epidemic: recommendations to Stop TB partners* (Montreux, Suisse, 18-19 septembre 2003). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

³ *Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

série de partenaires pour mettre en oeuvre les principales recommandations du deuxième comité spécial : 1) consolider et maintenir les réalisations et continuer à progresser ; 2) renforcer l'engagement politique ; 3) s'attacher à surmonter la crise des effectifs dans le domaine de la santé ; 4) renforcer les systèmes de santé, en particulier la fourniture des soins de santé primaires ; 5) accélérer la riposte face à la situation d'urgence due à la tuberculose et au VIH ; 6) mobiliser les communautés et le secteur privé ; et 7) investir en faveur de la recherche et du développement pour l'avenir. Les plans visant à mettre en oeuvre ces améliorations devront se fonder sur une planification financière solide et être appuyés par un financement durable permettant de combler tous les déficits de financement prévus, avec une coordination entre les sources de financement.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

11. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R1.

= = =