

Lutte antituberculeuse

Progrès et planification à long terme Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte

Rapport du Secrétariat

1. Dans sa résolution WHA60.19 adoptée en 2007, l'Assemblée de la Santé a noté les progrès accomplis depuis 1991 concernant la réalisation des cibles internationales fixées pour la lutte antituberculeuse dans le monde : un taux de dépistage de 70 % et un taux de guérison de 85 % des malades à frottis positif en traitement.¹ L'Assemblée a également noté les progrès de la Stratégie Halte à la tuberculose² conçue comme une approche globale de la prévention et de la lutte antituberculeuses et a salué le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015³ du Partenariat que sous-tend la Stratégie. L'Assemblée de la Santé a également prié le Directeur général, notamment, de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la mise en oeuvre du Plan mondial, y compris la mobilisation de ressources, et sur les progrès accomplis pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et pour mesurer les résultats des programmes nationaux et l'impact de l'action menée sur l'épidémie de tuberculose. En mai 2009, reconnaissant l'émergence et la propagation de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, l'Assemblée de la Santé, dans la résolution WHA62.15, a instamment invité tous les États Membres à instaurer l'accès universel au diagnostic et au traitement de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans le cadre de la transition vers la couverture universelle en matière de santé. Le présent document fait suite à la demande adressée par l'Assemblée de la Santé au Directeur général de faire rapport sur l'ensemble des progrès accomplis.

2. Les dernières estimations de l'OMS sur la charge mondiale de tuberculose concernent les cas survenus en 2008, le nombre de nouveaux cas pour l'année étant de 9,4 millions, dont 1,4 million (15 %) touchant des sujets infectés par le VIH. La plupart des nouveaux cas sont survenus dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (55 % au total pour les deux Régions) et dans la Région africaine (31 %) alors qu'ils étaient moins nombreux dans la Région de la Méditerranée

¹ Document A60/13.

² Les six composantes de la Stratégie Halte à la tuberculose sont les suivantes : i) poursuivre et améliorer une stratégie DOTS de qualité ; ii) lutter contre la co-infection tuberculose/VIH et la tuberculose multirésistante et se préoccuper des besoins des pauvres et des populations vulnérables ; iii) contribuer au renforcement des systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires ; iv) impliquer tous les soignants ; v) donner aux patients et aux communautés la capacité d'agir au moyen d'un partenariat ; et vi) favoriser et promouvoir la recherche.

³ Document WHO/HTM/STB/2006.35.

orientale (6 %), la Région européenne (5 %) et celle des Amériques (3 %). Sur les cas VIH-positifs, 78 % concernaient la Région africaine. L'OMS estimait aussi à 11 millions de cas la prévalence et à 1,3 million le nombre de décès par tuberculose auquel viennent s'ajouter 505 000 décès associés à la co-infection VIH/tuberculose. Le nombre total de cas multirésistants dans le monde en 2007 était estimé à 511 000, dont 85 % concentrés dans 27 États Membres. La proportion mondiale des cas multirésistants qui sont ultrarésistants n'est pas encore connue mais elle est estimée aux environs de 10 %. En 2009, 57 pays avaient signalé au moins un cas de tuberculose ultrarésistante.

3. Les progrès réalisés dans les interventions entreprises pour lutter contre la tuberculose, la tuberculose multirésistante et la tuberculose associée au VIH mesurés en fonction des trois repères annuels contenus dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 sont récapitulés dans le Tableau. La cible pour 2005 adoptée au plan international d'un taux de guérison d'au moins 85 % par la stratégie DOTS a été atteinte au niveau mondial en 2006, mais le taux de dépistage des cas en 2008 de 61 % de patients à frottis positif restait inférieur à la cible de 71 % prévue dans le Plan mondial. On a enregistré des progrès concernant les tests de dépistage de l'infection à VIH effectués chez les patients atteints de tuberculose, mais la prophylaxie au cotrimoxazole et le traitement antirétroviral, les deux interventions cruciales destinées aux VIH-positifs atteints de tuberculose, n'atteignent qu'un tiers environ des cibles fixées dans le Plan mondial. Le dépistage de la tuberculose, chez les personnes vivant avec le VIH et la proportion de celles-ci bénéficiant d'une prophylaxie ou d'un traitement curatif sont également bien en deçà des cibles du Plan mondial. En outre, les progrès accomplis dans la lutte contre la tuberculose multirésistante ont également été lents. En 2008, moins de 3 % des cas de tuberculose multirésistante estimés ont été diagnostiqués et traités conformément aux principes directeurs de l'OMS alors que le Plan mondial comptait sur un niveau de 23 %.

Tableau. Progrès accomplis dans la lutte antituberculeuse comparativement aux repères fixés dans le Plan mondial pour 2006, 2007 et 2008

Composante et indicateurs du Plan mondial	2006	2007	2008
Stratégie DOTS			
<i>Taux de détection des cas à frottis positif (%)</i>			
Plan mondial ¹	65	68	71
Progrès réalisés	62	63	61
<i>Taux de guérison, cas à frottis positif (%)</i>			
Plan mondial ²	83	84	84
Progrès réalisés	85	87	Non disponibles
Co-infections tuberculose/VIH			
<i>Cas de tuberculose ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH (%)</i>			
Plan mondial	47	56	64
Progrès réalisés	12	16	22

Composante et indicateurs du Plan mondial	2006	2007	2008
Nombre de sujets VIH-positifs atteints de tuberculose ayant bénéficié d'un traitement au cotrimoxazole (millions)			
Plan mondial	0,5	0,6	0,7
Progrès réalisés	0,1	0,2	0,2
Nombre de sujets VIH-positifs atteints de tuberculose bénéficiant d'un traitement antirétroviral (en millions)			
Plan mondial	0,2	0,3	0,3
Progrès réalisés	0,1	0,1	0,1
Tuberculose multirésistante			
Nombre estimé de cas détectés et traités conformément aux principes directeurs de l'OMS (%)			
Plan mondial	4	14	23
Progrès réalisés	<1	<1	3

¹ Projections fondées sur les données de 2004.

² Projections fondées sur les données de 2003.

4. Le taux de détection de 61 % en 2008 comparativement à la cible de 70 % fixée au plan international et le taux de guérison de 87 % en 2007 comparativement à la cible de 85 % permettent de mesurer les résultats des programmes nationaux concernant l'indicateur 6.10 des objectifs du Millénaire pour le développement. Comme pour l'impact de l'épidémie de tuberculose, les données les plus récentes semblent indiquer que le taux d'incidence annuel de la tuberculose diminue lentement dans le monde depuis 2004 et qu'on est en passe d'atteindre la cible 6.C (« D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle »). Le nombre total de cas a toutefois augmenté car la diminution de l'incidence a été trop faible pour compenser l'effet de l'augmentation de la population. L'indicateur 6.9 concerne la réduction des taux d'incidence, de prévalence et de mortalité associés à la tuberculose, et le Partenariat Halte à la tuberculose a en outre fixé la cible d'une diminution de moitié des taux de prévalence et de mortalité entre 1990 et 2015, ce qui signifie qu'il faut ramener la prévalence à 155 cas au maximum pour 100 000 personnes, et le taux de mortalité annuel à 14 pour 100 000 au maximum d'ici 2015, y compris les sujets atteints d'une co-infection tuberculose/VIH. Les dernières projections pour la prévalence et les décès par tuberculose font penser que quatre des six Régions de l'OMS y parviendront, mais peut-être pas les Régions africaine et européenne où la charge de tuberculose a rapidement augmenté pendant plus d'une décennie après 1990.

5. Les ressources affectées à la lutte antituberculeuse ont augmenté chaque année pour atteindre en 2009 un montant représentant environ 2,5 fois le montant disponible en 2002, année où l'OMS a commencé le suivi du financement. En 2009, on a disposé au total de US \$3 milliards pour traiter et combattre la tuberculose, la tuberculose multirésistante et la tuberculose associée au VIH dans 94 pays ayant fourni des données financières (et qui regroupent 93 % du nombre total estimé de cas dans le monde). Sur ce montant total, 87 % provenaient des gouvernements, 9 % de subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et 4 % d'autres donateurs. Globalement, la Région européenne a obtenu les montants les plus importants (US \$1,4 milliard en 2009, principalement destinés à la Fédération de Russie), suivie par la Région africaine (US \$600 millions

en 2009) et celle du Pacifique occidental (US \$300 millions en 2009). Les besoins estimés indiqués par les pays étaient de US \$4,2 milliards mais, malgré l'augmentation, le déficit de financement en 2009 a atteint US \$1,2 milliard. Comparativement aux indications des fonds nécessaires figurant dans le Plan mondial, le déficit en 2009 est encore plus élevé puisqu'il atteint US \$1,6 milliard sur les US \$4,6 milliards jugés nécessaires. La plus grande partie des fonds supplémentaires jugés nécessaires par le Plan mondial concerne le diagnostic et le traitement de la tuberculose multirésistante dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (principalement pour la Chine et l'Inde) ainsi que les activités en collaboration contre la tuberculose et le VIH et l'application de la stratégie DOTS dans la Région africaine. Quant au financement des activités de recherche et développement, on a disposé de quelque US \$500 millions par année entre 2005 et 2007, c'est-à-dire la moitié du montant annuel jugé nécessaire par le Plan mondial. Le suivi du financement de l'assistance technique a été assez limité jusqu'ici, mais il apparaît que les montants disponibles sont loin d'atteindre les US \$300 millions par an jugés nécessaires par le Plan mondial.

6. Dans ses efforts pour atteindre les cibles internationales grâce aux partenariats déjà existants et croissants, l'OMS continue d'héberger et d'appuyer le secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose ; la coordination est bonne à tous les niveaux de l'Organisation. Le Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose, qui fournit au Directeur général des avis et une évaluation des activités de l'Organisation concernant la tuberculose, a joué un rôle déterminant dans la mise au point de nouvelles politiques majeures sur le diagnostic et le traitement de la maladie. Des groupes consultatifs techniques dans la plupart des Régions aident aussi l'OMS à faire face aux problèmes de mise en oeuvre dans différents cadres épidémiologiques et avec différents systèmes de santé. L'OMS héberge le secrétariat de plusieurs groupes de travail et sous-groupes du Partenariat Halte à la tuberculose, dont les travaux contribuent à la mise au point des politiques et jouent un rôle majeur dans le renforcement des bases factuelles, l'établissement d'un consensus et la coordination de l'appui aux États Membres pour l'application des politiques. L'OMS donne suite aux demandes d'assistance technique des États Membres en coordination avec les partenaires et donateurs pertinents par l'intermédiaire du Dispositif d'assistance technique, dont elle héberge également le secrétariat. Elle continue de privilégier les dispositifs souples comme les groupes spéciaux à durée limitée qui peuvent rapidement fournir des avis et des recommandations afin de surmonter des obstacles spécifiques à la mise en oeuvre. Depuis 2006, ces groupes spéciaux ont mis l'accent sur la riposte mondiale à la tuberculose ultrarésistante, le renforcement des systèmes de santé et la lutte antituberculeuse, l'éthique en matière de soins contre la maladie et l'évaluation de l'effet des efforts de lutte. Un groupe croissant de partenaires en compagnie des États Membres compte sur les activités très spécifiques de l'OMS en matière de surveillance de la tuberculose, d'évaluation et de base de données financières, de rapports et d'appui coordonné à la surveillance.

PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN OEUVRE DES PRINCIPALES COMPOSANTES DE LA STRATÉGIE HALTE À LA TUBERCULOSE

7. Des progrès sensibles ont été obtenus au cours de la dernière décennie dans les soins aux malades et la lutte contre la tuberculose. De 1995 à 2008, plus de 40 millions de patients ont été traités dans le cadre de programmes DOTS. En 2007, 94 % de la population mondiale vivaient dans des pays ayant adopté la Stratégie DOTS et plus de 98 % des cas notifiés ont été diagnostiqués et traités dans le cadre de programmes DOTS. Dans 180 pays, la microscopie des frottis est utilisée comme instrument de base pour le diagnostic de la tuberculose ; l'accès aux installations de culture qui contribuent à détecter et confirmer de nouveaux cas reste cependant limité. Pour assurer la qualité du diagnostic, près de 70 % des laboratoires dans des pays à forte charge de tuberculose ont été inclus dans des dispositifs extérieurs d'assurance de la qualité. Le traitement normalisé recommandé par l'OMS a été suivi au niveau mondial et des associations médicamenteuses à dose fixe comme moyen d'éviter

L'apparition de la tuberculose pharmacorésistante ont été utilisées par 70 États Membres. L'OMS a contribué à fixer et à promouvoir les normes internationales applicables au traitement de la tuberculose afin de contribuer à assurer la fourniture de soins de haute qualité par l'ensemble du personnel soignant. On privilégie les approches fondées sur le patient de façon à assurer l'observance des traitements jusqu'à leur terme, et leur application plus large est désormais exigée. Afin de promouvoir les normes éthiques, l'OMS est en train de finaliser un document directif concernant la promotion de normes éthiques pour les soins et la lutte antituberculeuse et elle collabore avec les partenaires compétents dans ce domaine. Le Service pharmaceutique mondial, un projet du Partenariat Halte à la tuberculose, a joué un rôle important en permettant aux pays d'avoir rapidement accès à des stocks de médicaments de qualité garantie par le mécanisme d'achat, de mieux gérer leurs stocks de médicaments et d'avoir accès à des fournitures d'urgence en cas de pénurie inopinée. Entre 2001 et 2009, le Service a organisé la fourniture de 13,9 millions de traitements à 110 pays. L'amélioration des systèmes d'enregistrement et de notification dans les pays et l'utilisation croissante des rapports électroniques ont renforcé la qualité des données désormais plus complètes. Les services de lutte antituberculeuse sont intégrés aux soins de santé primaires et leur fourniture dépend de ce fait de la qualité des services de santé généraux dans la plupart des pays. Les données obtenues de différents pays et de différents programmes révèlent que les programmes de lutte antituberculeuse peuvent contribuer au renforcement des systèmes et des services de santé de différentes manières, par exemple en associant les malades et les communautés aux soins et à la lutte ; en appliquant les soins dans le cadre de l'approche pratique de l'OMS pour la santé pulmonaire ; et en engageant différents dispensateurs publics, bénévoles, privés et institutionnels pour les activités de soins et de lutte dans le cadre d'approches associant le secteur public et le secteur privé. Certains pays ont réussi à renforcer toutes ces approches programmatiques mais il reste beaucoup à faire. Beaucoup de cas – leur proportion est estimée à 37 % en 2007 – ne sont toujours pas détectés ni déclarés et les soins que reçoivent les malades risquent d'être de qualité douteuse. L'accès au diagnostic et au traitement gratuits n'est pas encore à la portée de tous les pauvres et groupes vulnérables, des pénuries occasionnelles de médicaments sont encore signalées et l'enregistrement et la notification laissent encore à désirer.

8. En 2007, près d'un million de malades (22 % des cas de tuberculose notifiés dans le monde) ont subi un test de dépistage du VIH dans 135 pays et dans 50 de ceux-ci le dépistage a été effectué chez plus de la moitié des malades. Cette extension rapide des tests de dépistage du VIH chez les malades a été particulièrement remarquable dans la Région africaine où 45 % des cas notifiés de tuberculose ont subi le test. Dans 12 États Membres de la Région, plus de 75 % des nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués ont subi le test de dépistage du VIH en 2008. En outre, en 2008, quelque 200 000 sujets VIH-positifs atteints de tuberculose ont reçu une prophylaxie au cotrimoxazole et 100 000 un traitement antirétroviral. En revanche, au niveau mondial, en 2008, seules 600 000 personnes vivant avec le VIH ont subi un test de dépistage de la tuberculose et seules 29 000 personnes vivant avec le VIH se sont vu offrir un traitement prophylactique à l'isoniazide. Dans l'ensemble, pour les activités entreprises en collaboration contre la tuberculose et le VIH, on reste bien en deçà des cibles fixées par le Plan mondial pour 2008.

9. Actuellement, moins de 5 % des 500 000 cas estimés de tuberculose multirésistante et une proportion encore plus faible des cas ultrarésistants sont diagnostiqués par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. La faiblesse de ces taux est le résultat des années pendant lesquelles les services de laboratoire ont été relégués au second plan et du rythme extrêmement lent du transfert de nouvelles technologies diagnostiques aux pays en développement. Afin de combler les lacunes en matière de capacité de diagnostic, l'Initiative mondiale des laboratoires du Partenariat Halte à la tuberculose mène un effort sans précédent visant à améliorer et à étendre les services de laboratoire concernant la tuberculose grâce au secrétariat de l'Initiative hébergé par le Secrétariat de l'OMS et son réseau de partenaires internationaux. Parallèlement, on voit augmenter le nombre de nouvelles

méthodes de diagnostic de la tuberculose en cours de mise au point. L'OMS évalue régulièrement de nouvelles technologies en vue d'un déploiement rapide et de recommandations politiques. On a accordé la priorité absolue à deux de ces approches – l'utilisation de milieux liquides pour la culture des mycobactéries et l'hybridation inverse de sondes moléculaires en ligne pour le diagnostic rapide de la tuberculose multirésistante dans les 27 pays les plus touchés par cette forme de la maladie, les efforts étant appuyés par plusieurs partenaires internationaux grâce notamment à des fonds d'UNITAID. Des partenariats novateurs sont formés afin d'obtenir des ressources tout en assurant la mise en place de normes de qualité au laboratoire, d'une infrastructure appropriée et d'une capacité technique suffisante. En raison des progrès rapides du diagnostic de la tuberculose, les stratégies et les plans nationaux doivent être dynamiques et donner suite aux nouvelles recommandations politiques de l'OMS. Les services fournis par les laboratoires de tuberculose restent toutefois limités, principalement en raison de problèmes affectant l'ensemble des systèmes de santé comme une infrastructure qui laisse à désirer et des ressources humaines inadéquates ; des politiques audacieuses s'imposent donc avec une approche coordonnée et intégrée pour le renforcement des capacités de laboratoire dans le contexte des stratégies et plans de laboratoire nationaux.

10. En mai 2009, l'Assemblée de la Santé, dans sa résolution WHA62.15, se félicitant de l'appel de Beijing à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients,¹ a instamment invité les États Membres à instaurer l'accès universel au diagnostic et au traitement de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante. Rappelant son précédent appel contenu dans la résolution WHA60.19 à appliquer des plans de prévention et de lutte antituberculeuses à long terme, l'Assemblée de la Santé a également instamment invité les États Membres à instaurer l'accès universel, notamment en accélérant l'accès à des tests diagnostiques plus rapides et de qualité garantie ainsi qu'au traitement des cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante. Par la suite, des plans visant à mettre en oeuvre la résolution WHA62.15 ont été établis par 20 des 27 pays supportant une lourde charge de tuberculose multirésistante. En juin 2009, le Comité Feu vert (créé par l'OMS et ses partenaires pour assurer l'approvisionnement en antituberculeux de deuxième intention de qualité garantie) a approuvé les traitements pour quelque 59 000 patients dans le cadre de 108 projets intéressant 68 pays. En 2009, 19 637 malades atteints de tuberculose multirésistante suivent déjà ces traitements dans 44 pays. Le taux de guérison dans le cadre de ces projets entre 2000 et 2006 a été de 65 %. Pourtant, aujourd'hui, seuls 2 % des 500 000 cas annuels estimés de tuberculose multirésistante suivent un traitement dans le cadre du mécanisme du Comité Feu vert. D'autres mesures visant à étendre les traitements à 100 000 malades supplémentaires d'ici 2013 s'imposent. En 2008, 114 pays ont fourni des données d'enquête sur la pharmacorésistance. En 2009, huit enquêtes supplémentaires sur la pharmacorésistance ont commencé et 15 autres devraient débiter en 2010. Des lignes directrices mises à jour pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante et pharmacorésistante dans les programmes devraient être communiquées d'ici fin 2010. Une nouvelle politique OMS de lutte contre l'infection a été publiée en 2009² et un manuel de formation est en cours de mise au point. Des travaux ont également été entrepris pour définir les caractéristiques techniques des produits de base et du matériel, et estimer les coûts de l'application de la politique adoptée. Les efforts mondiaux de prévention et de lutte concernant la tuberculose multirésistante ont encore été renforcés par les résolutions approuvées en 2009 par les Comités régionaux de l'Afrique (résolution AFR/RC59/R2) et de la Méditerranée orientale (résolution EM/RC56/R.8). Malgré l'attention accrue vouée à la question par toutes les parties prenantes, des obstacles majeurs continuent d'entraver l'extension de la riposte à la tuberculose multirésistante. Les établissements accueillant les patients atteints de tuberculose multirésistante ne disposent pas de moyens adéquats de lutte contre l'infection ; les réseaux de soutien social sont inexistantes ou trop faibles pour assurer l'observance des traitements ; le caractère inadéquat

¹ Document A62/20 Add.1, annexe.

² Document WHO/HTM/TB/2009.419.

des systèmes rend difficile ou impossible la communication de données fiables sur les issues thérapeutiques ; et les règlements douaniers empêchent les malades d'accéder aux médicaments de meilleure qualité disponibles sur le marché.

11. Le Groupe spécial mondial de l'OMS sur la mesure de l'impact de la tuberculose établi en 2006 est chargé de produire des évaluations solides, rigoureuses et confirmées des progrès accomplis en vue de réduire l'incidence, la prévalence et les taux de mortalité pour atteindre les cibles mondiales fixées pour 2015.¹ En 2007, le Groupe spécial a défini trois mesures stratégiques majeures à prendre : i) améliorer la surveillance des cas (par des systèmes de notification systématique) et des décès (par les registres d'état civil) ; ii) instituer une surveillance à l'échelle nationale fondée sur la population de la prévalence de la tuberculose dans les pays prioritaires, notamment les 21 pays cibles ;² et iii) examiner périodiquement et mettre à jour les méthodes utilisées pour estimer l'incidence, la prévalence et la mortalité à partir des données de surveillance et des enquêtes. Les politiques et recommandations à cet égard ont été énoncées dans un document directif de l'OMS.³ En 2008 et 2009, les partenaires de l'OMS ont collaboré étroitement avec les pays pour appliquer ces politiques et recommandations. Des ateliers régionaux dans quatre Régions et des missions dans les pays ont été organisés pour entreprendre des analyses systématiques des données de surveillance, mettre à jour les estimations de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité, définir les domaines dans lesquels la surveillance doit être renforcée et élaborer des plans pour le renforcement des systèmes de surveillance. Des ateliers régionaux sont prévus dans les pays des Régions africaine et du Pacifique occidental en 2010, et d'autres devraient ensuite être organisés dans toutes les Régions sur une base biennale. Des ateliers et des missions sur place ont aidé les pays où les enquêtes de prévalence sont recommandées à mettre au point et mener à bien ces enquêtes, et l'on a récemment surtout cherché à surmonter les obstacles les plus courants au début de la mise en oeuvre. Ces difficultés qui sont ressenties surtout dans les 12 pays prioritaires de la Région africaine concernent notamment le financement insuffisant et les retards dans l'obtention de matériel radiologique. La première mise à jour majeure des méthodes utilisées par l'OMS pour estimer l'incidence, la prévalence et la mortalité a été menée à bien en 2009.

12. Il ne sera pas possible d'atteindre les cibles concernant la tuberculose prévues par les objectifs du Millénaire pour le développement sans améliorer les instruments de prévention du diagnostic et de traitement. La recherche représente donc un aspect majeur du Plan mondial Halte à la tuberculose qui recommande de consacrer un montant estimé à US \$11 milliards à la mise au point de ces instruments au cours de la période 2006-2015. D'importants progrès ont été réalisés ces trois dernières années en matière de recherche. Pour ce qui est des produits diagnostiques, une percée majeure a été l'introduction d'une nouvelle technologie, l'hybridation inverse de sondes moléculaires en ligne qui permet de détecter la tuberculose multirésistante en quelques jours au lieu de plusieurs semaines. Cinq antituberculeux potentiels font actuellement l'objet d'essais cliniques et huit autres en sont au stade préclinique. Deux essais cliniques de phase III portant sur des traitements antituberculeux de quatre mois auront été menés à bien d'ici 2012. En ce qui concerne les vaccins, au moins 29 produits font l'objet d'études précliniques. Huit vaccins potentiels sont soumis à des essais cliniques et trois sont parvenus à la phase II. Grâce à la détermination de partenariats public-privé, à l'engagement de grandes institutions de financement public et à la volonté des autorités de réglementation de contribuer

¹ Pour des précisions complètes concernant l'activité du Groupe spécial, voir http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/en/index.html.

² Voir http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/faqs/21_global_focus_countries/en/index.html.

³ *Measuring progress in TB control: WHO policy and recommendations* [document directif]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (sous presse).

à accélérer l'approbation de nouveaux produits, de nouveaux instruments seront peut-être disponibles avant 2015. Si, d'après une enquête de Treatment Action Group, le montant consacré à la recherche antituberculeuse dans le monde est passé de US \$363 millions en 2005 à US \$429 millions en 2006 et US \$482 millions en 2007, cette croissance est insuffisante. Il faudra au minimum US \$1 milliard par an pour appuyer l'ensemble des travaux de recherche nécessaires pour mettre au point et utiliser des instruments plus efficaces pour contribuer à éliminer la maladie.

13. Il est clair désormais que les cibles opérationnelles fixées pour 2005 – détection d'au moins 70 % des cas à frottis positif et taux de guérison d'au moins 85 % – ne sont pas des repères adéquats pour le travail qui reste à faire. Les États Membres devront d'urgence s'attacher dans toute la mesure possible à parvenir à l'accès universel aux services de prévention, de diagnostic et de traitement. Pour y parvenir, il faut assurer la détection précoce de tous les cas de tuberculose sous toutes ses formes. Détection précoce et soins efficaces supposeront aussi qu'une attention accrue soit vouée aux sujets les plus exposés et aux déterminants sociaux, économiques et cliniques des risques.¹ Il sera indispensable de renforcer les fondements des systèmes de santé, de formuler des politiques audacieuses pour relever les défis indiqués ci-dessous et abolir les obstacles financiers à l'application de ces politiques dans l'ensemble du secteur de la santé. Les fondements des systèmes indispensables pour renforcer les soins et la lutte sont les suivants : bonnes ressources humaines grâce au règlement de la crise qui paralyse les services de santé dans de nombreux pays ; systèmes de réglementation et capacité d'application garantissant la disponibilité de médicaments de bonne qualité et leur usage rationnel par tous les dispensateurs de soins ; lutte contre les infections transmises par voie aérienne dans les établissements de soins et dans d'autres lieux fréquentés ; extension, accréditation et assurance de la qualité des laboratoires appuyant les services de santé publique ; réseaux bien établis de services regroupant tous les dispensateurs des secteurs public, bénévole, privé et institutionnel ; systèmes élargis d'information pour la santé, avec un registre des décès et des moyens électroniques d'enregistrer, de communiquer et de valider les données ; et, enfin et surtout, meilleure sensibilisation des personnes et des communautés touchées et augmentation de la demande de services qui en découle. Pour atteindre l'objectif d'un monde sans tuberculose énoncé dans la Stratégie Halte à la tuberculose, il faudra aussi des politiques et des mesures dépassant le cadre des seuls programmes de lutte antituberculeuse et même du secteur de la santé, et qui contribuent à éradiquer les déterminants clés de l'épidémie de tuberculose, par exemple la pauvreté, la sous-nutrition et les conditions de vie insalubres. L'OMS et ses partenaires se sont engagés à aider les États Membres à appliquer pleinement la Stratégie Halte à la tuberculose et le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, ainsi qu'à poursuivre les efforts pour que la lutte antituberculeuse reste au centre des préoccupations des responsables politiques.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

14. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport.

= = =

¹ Parmi ces groupes figurent, par exemple, les plus pauvres, les femmes et les enfants, les populations autochtones, les travailleurs migrants, les réfugiés, les personnes déplacées, les fumeurs de tabac, les toxicomanes et les sujets présentant une comorbidité, notamment malnutrition, infection à VIH et diabète.