



## Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme

### Rapport du Secrétariat

1. Dans la résolution WHA44.8 qu'elle a adoptée en 1991, l'Assemblée mondiale de la Santé avait fixé deux cibles à atteindre en l'an 2000 en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose dans le monde : un taux de dépistage de 70 % et un taux de guérison de 85 % des malades à frottis positif en traitement. Ces objectifs s'expliquaient par la nécessité d'exercer une influence sensible sur l'épidémiologie en atteignant des cibles dont l'expérience sur le terrain avait montré qu'elles étaient réalisables dans les pays à forte incidence de la tuberculose. Malgré les progrès considérables réalisés dans l'extension de la stratégie de lutte antituberculeuse convenue au plan international (connue sous le nom de stratégie DOTS), il est apparu vers la fin des années 90 que les cibles ne seraient pas atteintes en l'an 2000. L'échéance a donc été repoussée à 2005. En 2005, dans sa résolution WHA58.14, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en 2007 sur les progrès accomplis à la fin de 2005 en vue de la réalisation de la cible mondiale, à savoir le dépistage de 70 % des nouveaux cas d'infection et la guérison de 85 % des cas dépistés.

2. D'après les estimations mondiales des progrès par rapport aux cibles fixées pour 2005, le taux de dépistage parmi les malades à frottis positif chez qui la tuberculose pulmonaire a été diagnostiquée et traitée dans le cadre de la stratégie DOTS est de 60 % (pour la cohorte de cas diagnostiqués en 2005) et le taux de guérison de 84 % (pour la cohorte de cas traités en 2004) (voir le tableau). Plus de 26 millions de malades de la tuberculose ont bénéficié de programmes DOTS au cours des 11 années comprises entre 1995 et 2005.

**Tableau. Progrès accomplis dans la réalisation des cibles en matière de lutte antituberculeuse fixées pour 2005**

Région	Progrès vers les cibles fixées pour 2005				
	Taux de dépistage (en 2005) (%)	Nombre de pays ayant atteint la cible de 70 % de cas dépistés	Taux de guérison (en 2004) (%)	Nombre de pays ayant atteint la cible de 85 % de malades guéris	Nombre de pays ayant atteint les deux cibles
Afrique	50	9	74	7	1
Amériques	65	18	80	7	4
Asie du Sud-Est	64	5	87	7	3
Europe	35	13	74	11	5
Méditerranée orientale	44	7	83	7	5
Pacifique occidental	76	15	91	18	8
<b>Ensemble du monde</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>84</b>	<b>57</b>	<b>26</b>

Les italiques indiquent des taux supérieurs aux cibles.

3. Toutes les Régions de l'OMS ont fait des progrès – la Région du Pacifique occidental a atteint, voire dépassé les cibles –, mais il y a des écarts considérables entre les pays. Dans tous les pays, l'impact épidémiologique sur l'incidence, la prévalence et la mortalité dépend de la capacité des programmes nationaux de lutte antituberculeuse de parvenir aux taux de dépistage et de guérison les plus élevés possible. Pour que l'effet soit maximum sur la charge de la tuberculose, les pays qui n'ont pas atteint les cibles en 2005 doivent y parvenir le plus vite possible, et ceux qui ont atteint les cibles en 2005 doivent préserver cet acquis et continuer de progresser. Il importe d'atteindre les cibles non seulement à l'échelle mondiale, mais aussi dans chaque Région et dans chaque pays.

4. Un taux de dépistage de 60 % et un taux de guérison de 84 % à l'échelle mondiale en 2005 représentent un immense progrès dans la lutte antituberculeuse depuis que les cibles de 70 % pour le premier et de 85 % pour le second ont été fixées en 1991. A l'époque, il n'existait pas de système pour mesurer la charge mondiale de la tuberculose et on commençait seulement à appliquer la stratégie DOTS dans le monde entier. Le système mondial de suivi et de surveillance mis sur pied au milieu des années 90 a permis de calculer les taux pour la première fois : taux de dépistage de 11 % en 1995 et taux de guérison de 77 % en 1994. Le taux de dépistage a nettement augmenté au cours des dix dernières années, mais surtout, de 33 % en 2001, il a pratiquement doublé depuis cinq ans. Le taux de guérison s'est accru en même temps que le taux de dépistage, qui a été multiplié par dix environ.

5. Les dernières estimations de la charge mondiale de la tuberculose concernent les cas survenus en 2005. Sur un nombre estimatif de 8,8 millions de cas, quelque 3,9 millions avaient un frottis positif et 629 000 étaient des adultes porteurs du VIH ; 1,6 million de personnes sont mortes de la tuberculose, dont 195 000 présentaient une co-infection tuberculose-VIH. Le nombre estimatif total de cas de tuberculose à bacilles multirésistants apparus dans le monde était de 424 000 en 2004. En 2006, on a commencé à observer des cas de tuberculose ultrarésistante, chez lesquels les résultats du traitement étaient bien plus mauvais que chez les cas de tuberculose multirésistante. A ce jour, 20 pays ont signalé des cas ; parmi eux l'Afrique du Sud, où la forme ultrarésistante de la maladie s'observe en conjonction avec l'infection à VIH et entraîne une mortalité très élevée (98 %). On ignore encore la proportion de cas ultrarésistants parmi les cas multirésistants dans l'ensemble du monde, mais les chiffres sont de 4 % aux Etats-Unis d'Amérique, de 15 % en République de Corée et de 19 % en Lettonie.

6. Après avoir augmenté pendant plus de dix ans, le taux annuel d'incidence de la tuberculose dans le monde (pour 100 000 habitants) semble s'être stabilisé et pourrait avoir entamé une décroissance. Dans quatre Régions de l'OMS (Amériques, Asie du Sud-Est, Méditerranée orientale et Pacifique occidental), le taux annuel d'incidence est resté stable ou a diminué au cours de la dernière décennie. Dans les deux autres Régions (Afrique et Europe), il semble avoir atteint un pic après avoir augmenté pendant plus de dix ans. Compte tenu du taux annuel d'incidence extrêmement élevé dans la Région africaine, qui s'explique en grande partie par l'impact du VIH, le Cinquante-Cinquième Comité régional de l'Afrique a déclaré la tuberculose urgence sanitaire dans la Région africaine en août 2005.

7. En dépit des progrès réalisés dans toutes les Régions, beaucoup de pays se heurtent encore à des obstacles qui les empêchent de mieux combattre la tuberculose, en particulier : i) une couverture géographique insuffisante de la stratégie DOTS, des difficultés d'accès aux soins et des problèmes de mise en oeuvre de la stratégie ; ii) l'amplification de l'épidémie de tuberculose par l'épidémie de VIH, l'apparition de formes multirésistantes de la maladie (y compris de la tuberculose ultrarésistante) dans toutes les Régions à la suite de mauvaises pratiques thérapeutiques, et les problèmes que posent les facteurs de risque comme le tabagisme ; iii) les faiblesses des systèmes de santé en ce qui concerne la politique générale, les ressources humaines, le financement, la gestion, la prestation des services et les systèmes d'information ; iv) un engagement insuffisant de tous les prestataires de soins, en particulier ceux du secteur privé ; v) la trop faible mobilisation des malades et des communautés pour

promouvoir le dépistage, le soutien aux patients et les soins de grande qualité, et leur participation limitée aux partenariats contre la tuberculose ; et vi) le manque d'investissements dans la recherche indispensable pour déterminer comment mieux utiliser les interventions existantes et mettre au point les nouveaux moyens diagnostiques, médicaments et vaccins dont on a besoin de toute urgence. La tuberculose ultrarésistante est particulièrement difficile à soigner. En Lettonie, par exemple, dans une population en majorité VIH-négative et malgré des soins de grande qualité, le taux de guérison est inférieur à 30 %. La forme ultrarésistante de la maladie fait aussi son apparition dans les pays où l'exécution des programmes laisse à désirer depuis longtemps. Son traitement nécessite l'usage contrôlé de médicaments antituberculeux de deuxième intention qui sont encore introuvables dans beaucoup de pays.

8. Les solutions à ces problèmes sont à la base de la nouvelle stratégie de l'OMS Halte à la tuberculose, qui vise la réalisation, d'ici à 2015, de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire. Résultant d'un vaste processus de consultation, la stratégie a été approuvée par le partenariat Halte à la tuberculose et présentée officiellement le 17 mars 2006. Les six éléments dont elle se compose correspondent aux grands problèmes énumérés ci-dessus : i) étendre et renforcer la stratégie DOTS en veillant à ce qu'elle reste d'excellente qualité ; ii) combattre la tuberculose liée au VIH, la tuberculose multirésistante et les problèmes liés aux facteurs de risque ; iii) contribuer au renforcement des systèmes de santé ; iv) faire participer tous les dispensateurs de soins ; v) accroître l'influence des personnes atteintes de tuberculose et des communautés ; et vi) encourager la recherche et lui donner les moyens voulus. La stratégie suppose de mener à bien plus grande échelle les activités de lutte antituberculeuse et d'en élargir le champ en s'appuyant sur les progrès réalisés dans le monde par rapport aux cibles de 2005.

9. Pour mesurer l'impact de la stratégie Halte à la tuberculose sur la charge de la maladie, il faut avoir recours à des indicateurs spécifiques (incidence, prévalence et mortalité) en plus des indicateurs opérationnels de résultat des programmes (taux de dépistage et de guérison). Les objectifs de développement qui ont été convenus sur le plan international et sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire définissent un cadre et offrent des possibilités de coopération internationale pour améliorer la santé des populations déshéritées. Maladie de la pauvreté qui fait perdre plus d'années de vie en bonne santé que toute autre maladie transmissible curable, la tuberculose fait partie des priorités auxquelles ces objectifs s'appliquent : la cible 8 dont est assorti l'objectif 6 du Millénaire pour le développement consiste à avoir maîtrisé, d'ici à 2015, le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ; les indicateurs 23 et 24 qui y correspondent se rapportent à la tuberculose. Le partenariat Halte à la tuberculose a fait siennes les cibles internationales liées à la cible 8, à savoir, d'ici à 2015, diminuer de moitié la prévalence de la tuberculose et la mortalité liée à cette maladie (par rapport aux valeurs de référence de 1990).

10. Dans le cadre du soutien accru qu'elle apporte au partenariat Halte à la tuberculose, l'OMS a dirigé l'établissement du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015,<sup>1</sup> qui a été présenté officiellement au Forum économique mondial (Davos, Suisse, 25-29 janvier 2006). Le plan est le fruit d'un processus de consultation avec de nombreux partenaires – instances gouvernementales, universitaires, société civile, organisations non gouvernementales et experts techniques. Ce plan de mise en oeuvre de la stratégie Halte à la tuberculose expose les activités qui devraient permettre d'atteindre à l'échelle mondiale les cibles internationales fixées à 2015. Parmi ces activités figurent l'application à plus grande échelle des interventions contre la tuberculose multirésistante (y compris l'élargissement de l'accès aux médicaments de deuxième intention de grande qualité et d'un prix

---

<sup>1</sup> Document WHO/HTM/STB/2006.35.

abordable par le canal du Comité Feu vert du partenariat Halte à la tuberculose) et contre la tuberculose liée au VIH. Le plan indique les ressources nécessaires et justifie le budget prévisionnel en s'appuyant sur une solide analyse épidémiologique. Le coût total (US \$56 milliards) sur dix ans comprend US \$47 milliards pour la mise en oeuvre des interventions existantes et US \$9 milliards pour la recherche-développement. Les fonds manquants sont estimés à US \$31 milliards : d'après les projections faites à partir des tendances actuelles, le financement intérieur et extérieur devrait se monter à US \$25 milliards.

11. Depuis la présentation officielle du plan mondial et de la stratégie Halte à la tuberculose, l'OMS s'est appliquée à promouvoir et faciliter leur mise en oeuvre en collaboration avec d'autres membres du partenariat Halte à la tuberculose. Elle suit également les progrès de la mise en oeuvre dans le cadre du projet de surveillance de la tuberculose, de planification et de financement (Global Tuberculosis Surveillance, Planning and Financing Project). L'OMS a contribué à la planification et à la budgétisation au niveau des pays en organisant des ateliers régionaux pour les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et en faisant l'analyse de ces programmes. Elle a mis au point à l'intention des pays un outil de planification et de budgétisation dont l'expérimentation a donné de bons résultats. L'appui de l'OMS à la planification et à la budgétisation favorise la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH dans les pays où le VIH aggrave ou menace d'aggraver l'épidémie de tuberculose. L'OMS coordonne les activités visant à renforcer le réseau de laboratoires des secteurs public et privé, qui jouent un rôle crucial dans le dépistage des cas et la surveillance de la maladie, y compris de la tuberculose pharmacorésistante. Le renforcement des moyens de laboratoire est une priorité du groupe spécial mondial pour la tuberculose ultrarésistante réuni à l'initiative de l'OMS (Genève, 9-10 octobre 2006) pour mieux combattre cette forme de la maladie. Ayant beaucoup contribué à l'élaboration des normes internationales applicables au traitement de la tuberculose,<sup>1</sup> l'OMS encourage à les utiliser pour associer les médecins libéraux à la mise en oeuvre de la stratégie Halte à la tuberculose. Pour mobiliser le soutien populaire et politique nécessaire à l'application du plan mondial, l'OMS mène plusieurs activités, qui vont de l'action de sensibilisation locale au ralliement de dirigeants nationaux et mondiaux à la campagne pour faire barrage à la tuberculose.

12. A sa cent vingtième session, le Conseil exécutif a reconnu les progrès considérables sur la voie de la réalisation des cibles fixées pour 2005 en matière de lutte antituberculeuse dans le monde et l'urgente nécessité d'une pleine application du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et de la stratégie Halte à la tuberculose en vue d'atteindre les cibles de 2015.<sup>2</sup>

## MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

13. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution figurant dans la résolution EB120.R3.

= = =

---

<sup>1</sup> Coalition pour l'assistance technique en matière de lutte antituberculeuse. *International standards for tuberculosis care*. La Haye, Coalition pour l'assistance technique en matière de lutte antituberculeuse, 2006.

<sup>2</sup> Voir le document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la troisième séance de la cent vingtième session du Conseil exécutif.