



**World Health Organization  
Organisation mondiale de la Santé**

CONSEIL EXECUTIF  
Quatre-vingt-treizième session

Point 8  
de l'ordre du jour provisoire

EB93/25  
19 novembre 1993

## **Programme Tuberculose**

### **Rapport de situation du Directeur général**

Le présent rapport est soumis conformément à la résolution WHA44.8, dans laquelle l'Assemblée de la Santé priait le Directeur général de lui faire rapport, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des activités de lutte antituberculeuse en vue d'atteindre d'ici l'an 2000 la cible fixée au plan mondial pour le programme.

Après une analyse des projections concernant la morbidité et la mortalité par tuberculose dans le monde et de l'état d'avancement des activités de lutte, le rapport rend compte de la sensibilisation croissante à la gravité du problème parmi les Etats Membres et la communauté des donateurs. Après un rappel des mesures de lutte existantes, qui offrent un excellent rapport coût/efficacité, il donne un aperçu des réalisations du programme en 1993.

Le Conseil exécutif est invité à approuver la création d'un compte spécial pour la tuberculose dans le cadre du fonds bénévole pour la promotion de la santé à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1994, afin d'attirer l'attention sur les activités du programme et d'obtenir davantage de fonds extérieurs.

**TABLE DES MATIERES**

	<b>Pages</b>
I. Introduction - faits nouveaux survenus en 1993	3
II. Projections concernant la morbidité et la mortalité par tuberculose dans le monde	3
III. Politique générale de l'OMS en matière de tuberculose	5
IV. Activités du programme Tuberculose	5
Appui aux programmes nationaux	5
Recherche opérationnelle	9
Recherche-développement	10
V. Conclusions	10
VI. Recommandation au Conseil exécutif	11

## I. INTRODUCTION – FAITS NOUVEAUX SURVENUS EN 1993

1. Deux faits nouveaux survenus en 1993 ont aidé le monde entier à mieux appréhender la situation et à envisager une contre-attaque face à l'épidémie de tuberculose, d'où un renforcement de l'appui aux activités du programme et un élargissement de la coalition de tous ceux qui ont compris que l'on ne saurait se désintéresser désormais de l'épidémie.
2. Premièrement, par une déclaration sur le caractère d'urgence mondiale de la situation, l'OMS a réussi à faire admettre que la lutte antituberculeuse était un domaine d'action méritant un rang de priorité plus élevé dans le monde, à la suite de quoi l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA46.36 dans laquelle elle demandait que soient prises des mesures nationales et internationales pour mettre en oeuvre la stratégie mondiale de l'OMS en matière de tuberculose. De plus en plus de pays en développement recherchent une assistance, notamment des engagements financiers de la part d'institutions d'aide bilatérale et multilatérale, pour renforcer leurs efforts de lutte. Les gouvernements des pays membres de l'OCDE prennent conscience du fait que la tuberculose est un problème majeur auquel il faut s'attaquer. Le volume des contributions extrabudgétaires à l'appui du programme a commencé à s'accroître, et certaines institutions d'aide bilatérale envisagent de faire une plus large place à la lutte antituberculeuse dans leurs programmes.
3. Deuxièmement, le Rapport sur le Développement dans le monde, *Investir dans la santé*, a rappelé que la tuberculose était l'un des principaux facteurs qui contribuent à la charge mondiale de morbidité et que la chimiothérapie de brève durée était une intervention sanitaire d'un excellent rapport coût/efficacité. La communauté des donateurs, tout comme les ministres de la santé et du plan des pays en développement, ont été instamment invités à évaluer l'impact de la maladie sur les communautés cibles. On espère que les pays, s'inspirant des principes sur lesquels se fonde le rapport, vont examiner le poids relatif des montants consacrés à la lutte antituberculeuse et à d'autres activités de santé afin de voir si les choix reposent sur des politiques efficaces. Si le but est de faire un investissement rentable, il faut alors indéniablement accroître le volume des dépenses intérieures et de l'aide internationale consacrées à la lutte antituberculeuse.

## II. PROJECTIONS CONCERNANT LA MORBIDITE ET LA MORTALITE PAR TUBERCULOSE DANS LE MONDE

4. A moins de changements radicaux dans les priorités mondiales de financement et les efforts de lutte au niveau national, l'épidémie de tuberculose ne pourra que s'aggraver, et ce pour deux raisons au moins.
5. Tout d'abord, des forces démographiques sont en jeu. Les enfants nés dans des régions à fort taux de croissance démographique atteignent maintenant les âges où la morbidité et la mortalité par tuberculose sont élevées. Même si les taux par âge pour les nouveaux cas n'augmentent pas, l'évolution de l'importance numérique des groupes d'âge aura pour conséquence une forte augmentation du nombre de décès et de cas nouveaux.
6. Ensuite, on peut penser que les taux d'incidence de la tuberculose par âge vont augmenter dans les régions du monde où l'état immunitaire de la population est sérieusement menacé par la malnutrition et d'autres maladies. L'une des principales menaces à cet égard est le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), auquel viennent s'ajouter famines, guerres et catastrophes naturelles, qui créent d'énormes déplacements de populations souvent victimes de malnutrition.
7. Si l'efficacité et la disponibilité des mesures de lutte ne s'améliorent pas sensiblement, on peut s'attendre à ce qu'il se produise 3 millions de décès chaque année d'ici 1995 et 3,5 millions d'ici l'an 2000; on prévoit qu'il se produira pendant les dix dernières années de ce siècle 30 millions de décès et près de 90 millions de nouveaux cas (voir Figure 1). D'après des estimations prudentes faites par Région, il se

pourrait que l'incidence passe à 8,8 millions de cas par an d'ici 1995 et à 10,2 millions de cas par an d'ici l'an 2000. Les trois quarts de l'augmentation prévue du nombre de nouveaux cas seront imputables à des facteurs démographiques et le quart restant à l'augmentation des taux d'incidence, essentiellement à cause du VIH.

8. A la mi-1993, on estimait à 5,1 millions le nombre cumulé de personnes contaminées à la fois par le VIH et le bacille de la tuberculose dans le monde. Les taux de prévalence de la séropositivité pour le VIH parmi les tuberculeux devraient au moins tripler dans certaines régions, notamment en Asie du Sud-Est, et augmenter encore dans des zones comme l'Afrique subsaharienne au cours des dix prochaines années. Ainsi, alors que près de 300 000 personnes ont été atteintes de tuberculose associée au VIH en 1990, ce chiffre risque de passer à 1,4 million en l'an 2000. En 1990, environ 4 % de tous les cas étaient associés au VIH; d'ici l'an 2000, ce pourcentage passera à environ 14 %.

9. Du côté positif, on prend enfin conscience de l'importance de la morbidité et la mortalité tuberculeuses parmi les femmes jeunes (les décès dus à la tuberculose sont plus nombreux que ceux liés à la maternité) - prise de conscience dont ne peuvent que se féliciter tous ceux qui s'intéressent à la santé des femmes.

10. La situation est compliquée par la menace que fait peser la tuberculose à pharmacorésistance multiple, forme de la maladie peut-être incurable. Ce péril résulte de la mauvaise gestion des programmes, qui n'ont pas à leur disposition les moyens financiers nécessaires et/ou n'appliquent pas les politiques de lutte recommandées par l'OMS. Des souches de bacille résistantes aux antituberculeux les plus actifs sont apparues dans un certain nombre de pays et certaines villes des Etats-Unis d'Amérique. Avec de bons programmes de lutte gérés conformément aux politiques générales recommandées par l'OMS, la pharmacorésistance multiple ne devrait quasiment plus poser de problème grave, mais rares sont les programmes nationaux qui répondent actuellement à ce critère. Seule une petite partie des cas de tuberculose à pharmacorésistance multiple sont guérissables, et le coût du traitement est très élevé (jusqu'à US \$250 000 par cas); seuls les pays industrialisés et des hôpitaux de pointe peuvent y faire face. Pour ceux qui sont frappés par la maladie dans le monde en développement, la pharmacorésistance multiple équivaut quasiment à une condamnation à mort.

11. Dans deux régions du monde, la situation de la tuberculose risque fort de se dégrader encore : il s'agit de l'Europe de l'Est (notamment les Etats de l'ex-Union soviétique) et la Région OMS de l'Asie du Sud-Est. La mortalité ne cesse d'augmenter en Arménie, au Kirghizistan, en Lettonie, en Lituanie, en République de Moldova, en Roumanie et au Turkménistan, et aucune régression n'est constatée dans la plupart des autres pays d'Europe de l'Est. A l'exception des Républiques tchèque et slovaque et de la Slovaquie, dans tous les pays les taux de mortalité restent beaucoup plus élevés qu'en Europe de l'Ouest. En Asie, l'infection à VIH et les migrations n'ont pas encore contribué à la dégradation de la situation, mais cela risque d'arriver bientôt. L'infection à VIH avance rapidement; étant donné qu'environ 1 milliard de personnes en Asie sont contaminées par le bacille de la tuberculose, il va certainement y avoir augmentation rapide du nombre des cas de tuberculose associée au VIH. A Calcutta, d'après un rapport récent, la prévalence de la séropositivité pour le VIH a déjà atteint 5 %. A Chang Mai, dans le nord de la Thaïlande, un tiers des malades du SIDA sont atteints de tuberculose. Au Myanmar, la maladie est également fréquente chez les personnes atteintes du SIDA. La malnutrition et la précarité des conditions de vie, qu'elles soient dues à la récession économique ou à des conflits politiques, favorisent la réapparition de taux élevés d'infection dans ces populations. De surcroît, la dégradation des systèmes de soins de santé et les pénuries de médicaments ont pour conséquences une mauvaise prise en charge des cas et un traitement inadéquat - ce dont on peut prévoir les effets : augmentation de la mortalité, accroissement de la prévalence de la maladie et développement de la menace que représente la pharmacorésistance multiple. A en juger par l'expérience de l'Afrique, il fait peu de doute que, vu les médiocres résultats des programmes antituberculeux en Asie, la situation de la tuberculose va prendre là aussi des proportions catastrophiques dans la deuxième partie de cette décennie.

### III. POLITIQUE GENERALE DE L'OMS EN MATIERE DE TUBERCULOSE

12. Pour pouvoir progresser en vue des cibles mondiales - arriver à soigner 85 % des cas à frottis positifs décelés et dépister 70 % de ces cas d'ici l'an 2000 - il est recommandé à tous les Etats Membres où la tuberculose pose d'importants problèmes d'adopter la politique générale exposée ci-après (il est capital que cette politique soit bien comprise et largement appliquée si l'on veut maîtriser cette situation d'urgence pour la santé publique et éviter l'apparition d'une épidémie potentiellement incontrôlable de tuberculose à pharmacorésistance multiple) :

- 1) **Engagement des autorités** à mener un programme antituberculeux national en tant qu'activité permanente du système de santé et qui soit intégré dans la structure sanitaire et dirigé sur le plan technique par un service central;
- 2) **Application d'une chimiothérapie standardisée de brève durée** chaque fois que possible sur une base ambulatoire mais avec contrôle direct de la prise des médicaments durant la phase initiale intensive (deux à trois mois).
- 3) Mise en place d'une **notification standardisée des cas** fondée sur le dépistage passif et la confirmation du diagnostic grâce à un bon réseau de centres d'examen microscopiques.
- 4) Encadrement et évaluation serrés du programme fondés sur un **système de suivi** dont le registre permet de suivre les cas individuels; un bilan des progrès accomplis peut être fait dans chaque district grâce à un enregistrement standardisé et une notification trimestrielle, notamment de la négativation bactériologique des crachats à la fin de la phase initiale et les résultats du traitement pour tous les cas à frottis positifs.
- 5) **Système d'approvisionnement régulier en médicaments** fondé sur une planification préalable des achats pharmaceutiques et la livraison en temps voulu de quantités suffisantes de médicaments, lesquelles seront déterminées à l'aide du système de suivi décrit plus haut.

13. Il faut intensifier et développer les activités du programme pour 1994-1995 afin d'aider les pays à mettre en oeuvre cette politique générale, ce qui ne pourra se faire qu'avec un appui beaucoup plus important de la structure de l'OMS et un financement nettement accru de la communauté des donateurs, tant pour aider le programme que, directement, pour fournir aux pays les moyens financiers nécessaires. Sinon, le maintien d'une croissance lente et le manque d'efficacité des mesures de lutte ne pourront qu'aggraver la situation mondiale et imposera en fin de compte des dépenses beaucoup plus élevées tant en termes de vies perdues que de sommes à consacrer en dernier ressort au combat contre la maladie.

### IV. ACTIVITES DU PROGRAMME TUBERCULOSE

14. Le programme comporte à la fois des activités de recherche et des activités d'appui opérationnel.

#### **Appui aux programmes nationaux**

15. Les moyens et méthodes détaillées permettant de mettre en oeuvre la politique générale recommandée plus haut existent bel et bien et ont été appliqués avec succès dans divers contextes de pays en développement. Aucun obstacle technique majeur n'empêche d'adopter cette politique générale à large échelle. Les activités d'appui aux programmes nationaux en 1993 ont eu pour but de réorienter la politique générale et de collaborer avec certains pays moyennant des visites consultatives et l'utilisation des lignes directrices pour le traitement et des matériels de formation de l'OMS.

16. La lutte antituberculeuse dans les pays en développement s'est heurtée au manque de matériels de formation, en particulier sur la gestion des programmes. Des matériels de formation axés sur une bonne gestion au niveau local (district) ont été mis au point et traduits en espagnol et en français; l'Indonésie et le Viet Nam ont commencé à les traduire dans les langues locales. Ces matériels, qui présentent la stratégie de lutte, sont utilisables dans tous les pays. A la suite des premiers stages de formation interrégionaux organisés avec ces matériels au Siège et en République-Unie de Tanzanie à la fin de 1992, six ateliers régionaux de formation pour animateurs ont eu lieu en 1993.

17. Ces ateliers réunissaient des directeurs de programmes antituberculeux nationaux et des experts qui devraient animer d'autres stages de formation dans leur pays. Des ateliers nationaux de formation ont déjà eu lieu en Inde (juillet 1993) et au Bangladesh (août 1993). Or, les cours de formation sont le meilleur moyen de veiller à ce que la stratégie de lutte préconisée par l'OMS soit diffusée et mise en oeuvre dans les pays. D'autres ateliers régionaux seront organisés pendant plusieurs années en vue d'apprendre à des formateurs et responsables nationaux à assurer dans de bonnes conditions les services de lutte antituberculeuse au niveau du district. L'OMS va collaborer avec des programmes nationaux pour mettre sur pied des cours de formation de personnel national, en coordonnant les apports financiers extérieurs de telle manière que les autorités disposent de l'appui financier nécessaire pour mettre en oeuvre la politique générale.

Région	Dates de réunion des ateliers	Nombre de pays	Nombre de participants
Afrique	Harare 5-10 juillet 1993	12	15
Asie du Sud-Est	New Delhi 12-16 juillet 1993	10	28
Pacifique occidental	Manille 28 juillet-4 août 1993	10	25
Afrique	Conakry 25-30 octobre 1993	22	30
Amériques	Managua 1 <sup>er</sup> -6 novembre 1993	17	30
Méditerranée orientale	Le Caire 14-19 novembre 1993	12	24

18. En 1993, des réexamens et des discussions avec les directeurs de programmes nationaux concernant l'état d'avancement de leurs activités et la façon dont ils appliquent la stratégie OMS en vue d'en améliorer l'efficacité ont contribué à renforcer les activités régionales du programme. Ces discussions ont également été l'occasion de présenter la politique générale de l'OMS et d'analyser les succès remportés et les problèmes rencontrés par différents pays. Des réunions de directeurs de programmes nationaux ont eu lieu pour la Région des Amériques à Lima (octobre 1993) et pour les pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental à Tokyo (décembre 1993). De nouveaux conseillers régionaux ont été nommés aux Amériques pour la tuberculose et dans le Pacifique occidental pour la lèpre et la tuberculose. Un médecin a été détaché par un pays donateur pour conseiller des pays africains francophones, en collaboration avec le conseiller régional. En 1994, un rang de priorité élevé sera accordé au renforcement des Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, qui disposeront d'un conseiller pour la tuberculose.

19. Au niveau des pays, le programme cherche à améliorer directement les programmes nationaux et à combattre la maladie. Il s'est concentré sur les pays où de graves problèmes de tuberculose contribuent

pour beaucoup au problème mondial. Les bilans de programmes faits au Zimbabwe et en Inde en 1992 ont permis de réviser en 1993 les plans nationaux, en relevant le rang de priorité accordé à la lutte antituberculeuse et en développant le volume des ressources et la coopération extérieure pour le financement de la lutte antituberculeuse (les Pays-Bas ont fourni un financement pour le Zimbabwe, et la Banque mondiale pour l'Inde). La coopération technique et l'encadrement du projet mené en Chine avec l'aide financière de la Banque mondiale ont permis d'en développer rapidement la couverture tout en maintenant les excellents résultats thérapeutiques obtenus dans les zones visées initialement. En 1993, plusieurs autres pays<sup>1</sup> ont bénéficié d'une coopération technique, d'un appui pour la préparation d'évaluations internes ou d'une aide financière pour leur action de lutte. L'appui aux pays sera élargi et intensifié au cours des deux prochaines années. La sélection des pays qui participeront aux programmes de formation dépendra nécessairement de la volonté locale d'appliquer la politique générale de l'OMS ainsi que des perspectives d'aide de donateurs ou d'une augmentation de l'enveloppe financière locale pour les médicaments et l'encadrement, de façon que les gestionnaires, une fois formés, puissent commencer à appliquer les nouvelles approches.

20. Fort des avis de ses comités consultatifs techniques et gestionnaires, le programme a entrepris en 1993, pour tous les pays, des activités de communication et d'éducation. Des publications scientifiques et autres ainsi que des communications et des exposés faits lors de nombreuses conférences internationales ont été l'occasion d'attirer l'attention sur la tuberculose et sur les mesures à prendre. Une brochure sur l'épidémie de tuberculose, ses causes et les solutions requises a été largement distribuée, notamment à la quasi-totalité des Etats Membres, à tous les bureaux régionaux, aux gouvernements bailleurs de fonds ainsi qu'à des journalistes. Des communiqués de presse, des interviews et des conférences ont été l'occasion de traiter de cette question dans la presse internationale et de retenir l'attention des donateurs comme des pays en développement. Un numéro du magazine *Santé du monde* a été consacré exclusivement à la maladie. Un rapport spécial a été rédigé sur le caractère d'urgence mondiale de la situation; il souligne le contraste entre le manque d'intérêt manifeste pour la lutte antituberculeuse et le rang de priorité élevé qui devrait être accordé à cette activité. De premiers signes encourageants indiquent que donateurs et récipiendaires commencent à réévaluer la place de la lutte antituberculeuse dans les priorités sanitaires, ce qui déterminera l'attention et les moyens financiers à lui accorder. Les Etats Membres peuvent utiliser ce genre de rapport pour veiller au rééquilibrage des priorités entre les maladies à combattre, aux niveaux national et local, et à l'adoption de la bonne stratégie.

21. Les centres collaborateurs OMS pour la tuberculose n'ont pas été utilisés au mieux de leurs possibilités pour le programme ces dernières années. En 1993, ils ont fait l'objet d'un réexamen et l'on s'est interrogé sur leur aptitude à appuyer les activités en matière de formation, d'épidémiologie et de bactériologie. Six centres sont actifs pour le moment (deux en bactériologie et quatre en formation, épidémiologie et lutte) et d'autres seront désignés en fonction des besoins pour renforcer les activités mondiales, régionales et interpays. Lors de leur désignation ou de la reconduction de leur mandat, leurs fonctions et leur plan d'activités sont définis ou révisés pour qu'ils puissent appuyer la stratégie du programme. Il est prévu d'associer plus étroitement les centres aux activités futures.

22. **Etat d'avancement des programmes antituberculeux nationaux.** Une enquête entreprise en 1992 parmi tous les Etats Membres de l'OMS et d'autres territoires sur leurs programmes et activités s'est poursuivie en 1993. Le tableau ci-dessous présente certaines des données essentielles qui en ont été tirées.

---

<sup>1</sup> Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Bolivie, Brésil, Chine, Inde, Malawi, Maldives, Ouganda, Pérou, Philippines, Singapour, Somalie, Sri Lanka, Thaïlande et ex-Yougoslavie; les bureaux régionaux ont aussi collaboré directement avec d'autres.

Région de l'OMS	Taux de réponse	Pays avec					
		Service central de lutte antituberculeuse		Chimiothérapie de brève durée <sup>1</sup>		Etudes de cohorte <sup>2</sup>	
		Nombre	Avec programme antilépreux	100 % des cas	50 %-100 % des cas	Rapports communiqués	Taux de guérison > 85 %
Afrique	34/47 (72 %)	27/34 (79 %)	18/28 (67 %)	11/34 (32 %)	19/34 (56 %)	19/34 (56 %)	2/19 (10 %)
Amériques	21/47 (45 %)	16/21 (76 %)	4/16 (25 %)	12/21 (57 %)	18/21 (86 %)	15/21 (71 %)	2/15 (13 %)
Asie du Sud-Est	10/11 (91 %)	9/10 (90 %)	2/9 (22 %)	5/10 (50 %)	5/10 (50 %)	4/10 (40 %)	0/4 (0 %)
Europe	36/49 (73 %)	14/36 (39 %)	0/14	7/36 (19 %)	16/36 (44 %)	11/36 (30 %)	6/11 (54 %)
Méditerranée orientale	18/22 (82 %)	16/18 (89 %)	0/16	8/18 (44 %)	11/18 (61 %)	9/16 (56 %)	4/9 (44 %)
Pacifique occidental	20/35 (57 %)	16/20 (80 %)	4/16 (25 %)	7/20 (35 %)	14/20 (70 %)	12/20 (60 %)	8/12 (67 %)
Monde entier	139/211 (66 %)	98/139 (70 %)	28/98 (29 %)	50/139 (36 %)	83/139 (60 %)	70/139 (50 %)	22/70 (31 %)

<sup>1</sup> Nouveaux cas à frottis positifs.

<sup>2</sup> Résultats de la chimiothérapie de brève durée.

23. Outre les points forts et les points faibles que révèlent ces résultats, il faut noter que les services centraux n'ont pas tous les moyens voulus ni l'orientation nécessaire pour appliquer la stratégie et les activités essentielles préconisées par l'OMS. De surcroît, les schémas chimiothérapeutiques de brève durée signalés ne répondent pas tous aux critères fixés par l'OMS dans ses lignes directrices pour le traitement; nombreux sont les patients qui ne suivent pas le traitement jusqu'au bout, et les études de cohorte ne sont pas toutes faites en fonction des critères stricts d'enregistrement et de définition des cas qui, selon les recommandations de l'OMS, sont vitaux. Si le tableau d'ensemble est prometteur, puisqu'il s'offre des possibilités d'amélioration rapide des activités de lutte antituberculeuse, il n'en montre pas moins que des mesures beaucoup plus ambitieuses s'imposent et que les aspects essentiels de l'action concrète de lutte devraient retenir beaucoup plus l'attention dans de nombreux pays. Si la lutte antituberculeuse ne passe pas au premier plan et que les mesures restent timorées, il est certain que l'épidémie va constituer un problème majeur dans les décennies à venir.

24. L'information recueillie montre également que près de 80 % de la population mondiale vit dans des régions où la tuberculose est un problème de santé très important. Les 24 pays qui ont entrepris des programmes de lutte relativement efficaces en Afrique, aux Amériques, en Asie du Sud-Est, dans la Méditerranée orientale et dans le Pacifique occidental ne représentent que 7 % environ de la population de ces Régions. Dans 14 autres pays, qui représentent 31 % de la population de ces cinq Régions de l'OMS, les programmes de lutte ou certaines de leurs composantes sont en train d'être renforcés, plus ou moins conformément à la stratégie de l'OMS. Certains de ces pays comptent parmi les 23 (où vit 37 % de la population des cinq Régions) dans lesquels la situation actuelle en matière de tuberculose est extrêmement précaire.

25. **Approvisionnement en médicaments.** Bien des pays pauvres où la tuberculose pose un problème grave ont énormément de mal à s'approvisionner régulièrement en médicaments, ce qui s'explique par l'absence de demandes appropriées et de gestion de l'aide ainsi que, dans une certaine mesure, par le manque d'intérêt de la communauté des donateurs. Les résultats d'une enquête faite par l'OMS en 1993 sur l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, complétés par des renseignements recueillis lors de visites et d'ateliers dans des pays, ont donné un aperçu plus complet des ressources et des obstacles en matière de lutte antituberculeuse. D'après les réponses communiquées par 80 pays en développement, la moitié d'entre eux avaient connu des pénuries de médicaments en 1991; 60 % dépendaient entièrement ou partiellement d'une aide extérieure pour leur approvisionnement pharmaceutique. Seuls 60 % de ceux qui



ont répondu avaient réussi à garantir à la mi-1992 leur approvisionnement pour cette même année. Les achats pourraient également être faits avec beaucoup plus d'efficacité puisque, en moyenne, les pays qui ont répondu payaient à peu près le double des prix offerts pour les médicaments nécessaires à la chimiothérapie de brève durée par un important fournisseur qui travaille sans but lucratif. Des études de cas approfondies faites en 1993 sur l'approvisionnement en médicaments antituberculeux en Angola, au Bénin, au Cameroun, en Mauritanie, en République centrafricaine et en Sierra Leone ont montré que la régularité de l'approvisionnement allait généralement de pair avec un financement durable des programmes de lutte, l'application d'une chimiothérapie standardisée de brève durée et une bonne collaboration avec les magasins médicaux centraux et les principaux centres de santé. On veillera en 1994 à ce qu'il soit donné suite aux recommandations concernant l'amélioration des systèmes d'approvisionnement dans ces pays.

### Recherche opérationnelle

26. De nombreuses actions engagées contre la tuberculose ont échoué pour des raisons opérationnelles. Aussi la recherche opérationnelle s'est-elle poursuivie en 1993 sur les obstacles rencontrés dans la lutte antituberculeuse, de manière à trouver des solutions et en déterminer l'efficacité; il s'agit notamment de recherches sur l'ampleur du problème de la tuberculose, sur le bien-fondé scientifique des améliorations de la lutte, sur le rapport coût/efficacité des stratégies de lutte, sur les mesures destinées à renforcer les capacités de recherche locale et enfin sur les moyens de combattre les menaces nouvelles pour la lutte antituberculeuse, comme l'infection à VIH et la pharmacorésistance. Le but de ces travaux est d'améliorer les résultats des programmes antituberculeux.

27. Les activités de recherche opérationnelle menées dans le cadre du programme s'inscrivent dans les efforts internationaux pour mener à titre prioritaire et appuyer des études sur l'interaction infection à VIH/tuberculose. En collaboration avec le programme mondial de lutte contre le SIDA, des enquêtes sont en cours en Ouganda et en Zambie sur la faisabilité et l'efficacité d'une chimioprophylaxie contre la tuberculose associée au VIH. D'autres travaux sont en cours au Malawi en vue de déterminer exactement l'impact de l'infection à VIH sur l'issue du traitement antituberculeux et de savoir si de nouvelles formes de traitement et d'encadrement permettraient de ralentir l'augmentation de la charge de travail entraînée par la multiplication des cas de tuberculose associée au VIH. La toxicité chez les personnes infectées par le VIH de la thiacétazone, un antituberculeux largement utilisé dans les pays en développement en raison de son prix très modique, est un grave problème. L'OMS recommande désormais de ne pas administrer de thiacétazone aux sujets dont on sait ou l'on soupçonne qu'ils sont séropositifs pour le VIH. Des travaux en cours au Kenya visent à déterminer les meilleurs moyens de résoudre ce problème dans le cadre des programmes nationaux.

28. La pharmacorésistance est désormais l'une des principales menaces pour les programmes de lutte antituberculeuse. Une nouvelle initiative pour la surveillance de la pharmacorésistance a été lancée en octobre 1993 avec l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires. Des lignes directrices ont été rédigées en vue d'aider les pays à rassembler sur la pharmacorésistance des données de qualité suffisante pour pouvoir servir de base aux décideurs. Ces lignes directrices vont bientôt être mises à l'essai sur le terrain en République dominicaine, au Kenya et au Zimbabwe.

29. Toujours en 1993, à partir de travaux antérieurs menés en Afrique en collaboration avec l'Université Harvard, des recherches ont fait la preuve du rapport coût/efficacité de la chimiothérapie antituberculeuse de brève durée dans des pays en développement à revenu intermédiaire comme le Botswana. Les travaux menés avec les programmes de lutte contre la lèpre et contre la tuberculose de la Tanzanie ont montré que l'intégration de la lutte contre ces deux maladies présentait des avantages mutuels lorsqu'il y avait augmentation de l'incidence de la tuberculose mais diminution de l'incidence de la lèpre.

30. Des travaux de recherche opérationnelle axés spécifiquement sur certains pays sont inscrits dans les activités de projet en Chine et en Inde, où les progrès de la recherche opérationnelle se heurtent surtout au manque de personnel formé aux méthodes de recherche. Pour renforcer les capacités de recherche locale, un effort tout particulier a été fait au niveau de la collaboration avec les chercheurs de ces pays. Une

étude en cours vise à préciser le rôle des médecins privés dans le traitement antituberculeux dans les Etats indiens de Gujarat et du Maharashtra; ses résultats devraient aider à mettre au point des méthodes plus efficaces de traitement antituberculeux par l'intermédiaire des médecins privés.

### **Recherche-développement**

31. A long terme, le programme doit tenir compte du fait que certaines des techniques disponibles pour le diagnostic et le traitement souffrent de carences réelles ou potentielles. Par rapport à d'autres agents pathogènes courants, on sait malheureusement relativement peu de choses du bacille de la tuberculose, de son immunopathogenèse chez l'homme et même des mécanismes d'action de la plupart des antituberculeux courants. Malgré tout, avec la révolution biotechnologique, des connaissances nouvelles vont permettre d'élucider les mécanismes de transmission de la tuberculose et aident à affiner les stratégies de lutte, notamment au niveau du dépistage.

32. Encourager l'industrie privée à mettre au point et expérimenter de nouveaux médicaments ne saurait vraiment grever le budget du programme. Par exemple, à la suite d'études animales ayant démontré le potentiel de nouveaux médicaments tels que la sparfloxacine et la rifapentine, ces agents thérapeutiques font maintenant l'objet d'essais cliniques - ce qui laisse entrevoir la perspective de nouveaux médicaments susceptibles d'être utilisés dans les pays en développement, peut-être d'ici une dizaine d'années. Entre-temps, grâce à l'attention que suscite la tuberculose dans les pays industrialisés, il y a eu augmentation très nette des crédits consacrés à la recherche fondamentale; c'est pourquoi, vu les coûts énormes que représentent ces travaux, il serait peu logique que l'OMS, avec les ressources très limitées dont dispose le programme, inscrive dans ses activités l'appui à la recherche fondamentale. Les activités de recherche-développement sont donc concentrées sur les études appliquées qui seront utiles à moyen terme, particulièrement pour les pays en développement. Grâce à la biologie moléculaire, les travaux de recherche-développement sur les méthodes diagnostiques ont été élargis pour inclure la mise au point de nouveaux antigènes pour les tests cutanés à utiliser dans les enquêtes sur la réaction à la tuberculine ainsi que de nouvelles méthodes permettant de détecter les antigènes mycobactériens dans des prélèvements diagnostiques. Ces dernières méthodes pourraient un jour remplacer la recherche au microscope des bacilles acidorésistants, ce qui simplifierait et améliorerait beaucoup le dépistage.

33. L'OMS insiste d'autre part sur les travaux spéciaux concernant les schémas thérapeutiques et approches des soins lorsqu'il y a coexistence de la tuberculose et de l'infection à VIH. L'efficacité du traitement préventif à l'isoniazide pour ralentir la progression de l'infection à VIH est maintenant reconnue. Des études sont en cours sur l'efficacité du traitement préventif polychimiothérapeutique de "brève durée", le rôle du traitement préventif à vie ou prolongé dans les régions de forte transmission de la tuberculose, ainsi que le rôle du traitement préventif pour les sujets présentant une anergie. A mesure que ces études dégageront des résultats, l'OMS les intégrera à des activités de lutte spécifiques de pays et à des stratégies de programme qui soient largement applicables.

## **V. CONCLUSIONS**

34. L'OMS a fait des progrès considérables dans un environnement mondial peu propice à l'expansion des activités ou aux demandes d'accroissement de l'effort des donateurs. L'épidémie de tuberculose a été mieux quantifiée et portée à l'attention du monde entier. Une stratégie d'attaque effective a été définie et un appui technique fourni, tandis que des matériels de formation à la gestion et des lignes directrices pour le traitement ont été diffusés à un certain nombre des pays où la tuberculose pose de graves problèmes. Plusieurs de ces pays ont été en mesure d'adopter des politiques beaucoup plus efficaces et de renforcer leurs programmes, et d'autres prévoient de le faire. La coopération de l'OMS a été et doit rester en phase avec l'intérêt des bailleurs de fonds extérieurs pour la lutte antituberculeuse. Rares sont les pays de forte prévalence qui peuvent se permettre de réviser et de développer leurs programmes nationaux sans appui financier extérieur pour passer à la chimiothérapie de brève durée et mettre en oeuvre les activités de formation et d'encadrement nécessaires pour appliquer cette stratégie en toute sécurité. Il ne serait ni

logique ni productif d'utiliser la capacité limitée de coopération avec les pays s'il n'y avait pas la perspective d'un appui des donateurs et de la volonté nationale de financer et mener une action vigoureuse contre la tuberculose.

## VI. RECOMMANDATION AU CONSEIL EXECUTIF

35. Dans les résolutions EB91.R9 et WHA46.36, le Directeur général a été, entre autres, invité à envisager la création d'un compte spécial pour la tuberculose dans le cadre du fonds bénévole pour la promotion de la santé. L'intensification et le développement des mesures nationales et internationales s'imposent si l'on veut maîtriser l'épidémie de tuberculose dans le monde. Aussi le Directeur général estime-t-il que la tuberculose devrait recevoir un rang de priorité plus élevé et que les comptes financiers du programme devraient apparaître distinctement dans les comptes généraux de l'OMS pour attirer l'attention voulue sur l'état d'avancement et les activités du programme, et aussi sur la nécessité d'un financement extérieur accru. Le Conseil est donc invité à approuver la création d'un compte spécial pour la tuberculose dans le cadre du fonds bénévole pour la promotion de la santé, à dater du 1<sup>er</sup> janvier 1994.

**FIGURE 1. ESTIMATION DU NOMBRE CUMULE DE DECES PAR TUBERCULOSE, 1990-1999**

