

# Résumé

## Contexte et méthodes

**1.** Le dixième rapport annuel de l'OMS sur la surveillance, la planification et le financement de la lutte antituberculeuse contient des informations sur le nombre de cas notifiés, les résultats thérapeutiques, les activités, les budgets, les coûts et les dépenses, pour l'ensemble des programmes nationaux de lutte antituberculeuse (PNT) qui ont communiqué des données à l'OMS, bien que l'accent soit mis sur les progrès réalisés dans les 22 pays les plus touchés par la tuberculose.

**2.** On dispose désormais de données sur 11 années consécutives (1994–2004) pour évaluer les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui concernent la lutte antituberculeuse, et les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé et le partenariat Halte à la tuberculose. Les objectifs de l'Assemblée mondiale de la Santé sont de dépister, en 2005, 70% des nouveaux cas à frottis positif et de traiter avec succès 85% d'entre eux. Dans le cadre des OMD, la cible 8 (sur 18) est d'avoir maîtrisé la tuberculose et d'avoir commencé à inverser la tendance de l'incidence d'ici à 2015. Le partenariat Halte à la tuberculose s'est fixé des objectifs supplémentaires : diminuer de moitié d'ici 2015, le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité lié à cette maladie observés en 1990.

## Améliorer le dépistage et le traitement

**3.** Au total, 200 pays et territoires (sur 211) ont fait parvenir à l'OMS un rapport sur leur stratégie de lutte contre la tuberculose, sur le nombre de cas de tuberculose notifiés et/ou sur les résultats du traitement.

**4.** Nous avons calculé, en utilisant les données de surveillance et d'enquête pour établir de nouvelles estimations de l'incidence, qu'il y a eu 8,9 millions de nouveaux cas de tuberculose en 2004 (140/100 000 habitants), dont 3,9 millions (62/100 000) avaient un frottis positif et 741 000 d'entre eux étaient des adultes porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le nombre total de cas était de 14,6 millions (229/100 000), parmi lesquels 6,1 millions avaient un frottis positif (95/100 000). Plus de 80% de tous les nouveaux patients atteints de tuberculose en 2004 habitaient la Région africaine, la Région de l'Asie du Sud-Est ou celle du Pacifique occidental. Le nombre de décès dus à la tuberculose en 2004 est estimé à 1,7 million (27/100 000) ; ce chiffre englobe les cas de co-infection tuberculose-VIH (248 000).

**5.** En 2004, 183 pays et territoires appliquaient la stratégie DOTS. A la fin de 2004, 83% de la population mondiale

le vivait dans des pays, ou dans des régions de pays, où la stratégie était appliquée. Les programmes DOTS ont notifié 4,4 millions de cas nouveaux et de rechutes en 2004, parmi lesquels on recense 2,1 millions de cas nouveaux à frottis positif. Au total, 21,5 millions de patients atteints de la tuberculose et 10,7 millions de sujets à frottis positif ont suivi un traitement dans le cadre des programmes DOTS entre 1995 et 2004.

**6.** A la fin de 2004, l'extension de la stratégie DOTS était achevée dans 9 des pays les plus touchés et sur le point de l'être dans 5 autres. Le Pakistan a fait état d'une couverture complète par la stratégie à fin 2005, et cette couverture s'est considérablement étendue en Afghanistan, au Brésil, en Inde et dans la Fédération de Russie.

**7.** Les 2,1 millions de cas à frottis positif signalés par les programmes DOTS en 2004 représentent 53% du taux d'incidence estimé. L'augmentation du nombre de cas à frottis positif notifiés dans le cadre de la stratégie DOTS n'a jamais été aussi forte qu'entre 2003 et 2004 (350 000) (l'augmentation annuelle moyenne entre 1995 et 2000 était de 134 000). Si l'accélération observée dans le dépistage se poursuit, les programmes DOTS permettront de détecter plus de 60% des cas en 2005, mais n'atteindront pas l'objectif de 70%.

**8.** L'accélération du dépistage depuis 2000 a été observée dans tous les rapports, toutes sources confondues, y compris dans les programmes DOTS. Nous en déduisons que le dépistage a continué de s'améliorer du fait que les patients sont signalés par de nouvelles sources, y compris les cliniques et les hôpitaux publics et privés, en particulier dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.

**9.** Trois pays, la Chine, l'Inde et l'Indonésie, concentraient les trois quarts (75%) de tous les cas supplémentaires à frottis positif signalés dans le cadre de la stratégie DOTS en 2004. Ces 3 pays sont à la pointe de l'accélération mondiale du dépistage des cas, suivis du Bangladesh, du Brésil et du Myanmar. Parmi les patients qui ont souffert d'un premier épisode de tuberculose en 2004, mais qui n'ont pas été détectés par les programmes DOTS, 61% habitaient dans 8 pays : le Bangladesh, la Chine, l'Éthiopie, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Indonésie, le Nigéria et le Pakistan.

**10.** Le taux de dépistage des cas à frottis positif dans les zones où la stratégie DOTS est établie est resté stable, se situant à 51% en moyenne jusqu'en 2001, puis augmentant pour atteindre 64% en 2004. Ces améliorations récentes dans le dépistage des cas au sein des zones DOTS ont essentiellement eu lieu au Bangladesh, au Brésil, en

Chine, en Inde, en Indonésie, au Myanmar et aux Philippines.

**11.** Tandis que l'OMS mesure le dépistage des cas en se référant essentiellement aux cas à frottis positif, les statistiques de dépistage reposant sur d'autres méthodes de diagnostic donnent une image différente des résultats des programmes. Une comparaison effectuée dans 25 pays européens en 2004 a montré que la proportion de cas à frottis positif estimés qui sont détectés était toujours supérieure à la proportion de cas à culture positive estimés qui sont détectés, mais inférieure à la proportion de l'ensemble des cas de tuberculose estimés qui sont détectés. Dans la Région des Amériques, à l'inverse, la proportion des cas à frottis positif estimés qui sont détectés était nettement supérieure à la proportion de l'ensemble des cas de tuberculose estimés qui sont détectés. Ces différences doivent faire l'objet de recherches plus approfondies, car elles seront sans doute importantes pour l'évaluation de l'épidémiologie et de la lutte actuelles contre la tuberculose, et lorsqu'il s'agira de déterminer le rôle de nouveaux outils de diagnostic plus sensibles.

**12.** Le taux de succès thérapeutique dans la cohorte DOTS de 2003 (1,7 million de patients) était de 82% en moyenne, se rapprochant de l'objectif de 85%. Comme pour les précédentes cohortes DOTS, il était nettement inférieur à la moyenne dans la Région africaine (72%) et dans la Région européenne (75%). Ces résultats relativement médiocres dans ces deux régions s'expliquent en partie par les complications de l'association tuberculose-VIH dans la Région africaine, et par la pharmacorésistance dans la Région européenne. Cependant, un autre facteur tout aussi important dans ces deux régions est l'incapacité des programmes DOTS à assurer le suivi des résultats du traitement pour l'ensemble des patients. Pour atteindre l'objectif d'un taux de succès thérapeutique de 85% à l'échelle mondiale, des efforts particuliers doivent être faits pour améliorer les taux de guérison dans les Régions africaine et européenne.

**13.** Sur la base des cas notifiés et des estimations de l'OMS, fin 2004, 26 pays avaient atteint les objectifs en matière de détection et de succès thérapeutique. Les Philippines et le Viet Nam sont, parmi ceux-ci, les seuls pays du groupe des pays les plus touchés. Il est possible que le Cambodge, la Chine, l'Inde, l'Indonésie et le Myanmar aient aussi atteint ces objectifs avant la fin de 2005 (soit un total de 7 pays sur les 22 pays les plus touchés), mais on ne le saura pas avant fin 2006.

### **Tendances épidémiologiques et impact de la lutte antituberculeuse**

**14.** En 2004, le taux d'incidence de la tuberculose par habitant fléchissait ou se stabilisait dans cinq des six régions de l'OMS, mais augmentait de 0,6% par an à l'échelle mondiale. La région qui fait exception est la Région africai-

ne, où l'incidence continuait de progresser, parallèlement à la propagation du VIH. Toutefois, l'augmentation annuelle des cas notifiés en provenance de la Région africaine régresse chaque année, probablement parce que l'épidémie de VIH ralentit également dans les pays africains. En Europe de l'Est (essentiellement dans les pays de l'ex-Union soviétique), l'incidence par habitant a augmenté pendant les années 90, pour atteindre un pic vers 2001, et baisse depuis.

**15.** Nous disposons de peu de données valables permettant d'établir les taux de prévalence et de mortalité pour 1990, années de référence pour les OMD, et pour 2004.. Selon nos estimations les plus fiables, le taux de prévalence mondiale est passé de 297 pour 100 000 habitants en 1990 à 229 pour 100 000 en 2004 (cas de co-infection tuberculose-VIH compris), en partie du fait de l'extension de la stratégie DOTS. Le taux de mortalité due à la tuberculose a diminué, passant de 29 décès pour 100 000 en 1990 à 27 pour 100 000 en 2004. Si les tendances n'étaient pas si défavorables en Afrique, les taux de prévalence et de mortalité baisseraient beaucoup plus rapidement à l'échelle mondiale.

**16.** Les prévisions épidémiologiques pour 2005 et au-delà figurent dans le Plan mondial Halte à la tuberculose, pour la période 2006–2015, dont la mise en œuvre est évaluée à US\$ 56 milliards. Les améliorations que le Plan mondial propose pour le dépistage des cas devraient, lorsqu'elles seront mises en pratique conjointement à d'autres éléments de la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose, permettre d'arrêter la progression de l'incidence de la tuberculose d'ici à 2015, et d'inverser la tendance pour réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité à l'échelle mondiale et dans toutes les régions, à l'exception de l'Afrique et de l'Europe de l'Est.

### **Mise en œuvre et planification de la stratégie DOTS**

**17.** Bien que les réseaux de laboratoire se soient étendus grâce aux efforts déployés aux niveaux national et international, les services de laboratoire consacrés à la tuberculose doivent être améliorés dans de nombreux pays. Parmi les domaines qui requièrent une attention particulière figurent notamment les laboratoires de référence nationaux, les systèmes de contrôle de qualité pour tous les laboratoires, et l'amélioration des capacités et des infrastructures permettant de mener à bien les cultures et les tests de sensibilité aux médicaments.

**18.** Quinze pays parmi les 22 plus touchés ont des plans pour le développement des ressources humaines, mais la plupart de ceux-ci se limitent à la formation ; 18 de ces pays ont mentionné les investissements en matière de ressources humaines parmi les cinq moyens les plus efficaces pour améliorer la stratégie DOTS et renforcer les systèmes de santé. Au cours de l'année 2005, les PNT ont contribué

au développement des systèmes de santé, essentiellement en mettant leurs programmes de lutte antituberculeuse en conformité avec le processus de décentralisation des services sanitaires.

**19.** La décentralisation des services de diagnostic et de traitement vise à améliorer l'accès pour tous les patients, mais en particulier pour les plus démunis. Les PNT commencent à intégrer la participation des communautés et des ONG de façon à améliorer la sensibilisation et l'accès à ces services.

**20.** La participation des communautés à la lutte contre la tuberculose fait partie de la stratégie adoptée par les PNT dans 14 des pays les plus touchés. Le nombre de ces pays disposant d'une stratégie nationale favorisant la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale est passé de 2 en 2002 à 11 en 2005, et devrait atteindre le chiffre de 19 d'ici à 2007.

**21.** Les pays les plus touchés mettent actuellement au point des initiatives de collaboration qui ont atteint des stades différents, au sein des secteurs public et privé de la santé et d'un secteur à l'autre (par l'intermédiaire des initiatives PPM-DOTS). Tandis que le Bangladesh, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, le Myanmar et les Philippines ont déjà amélioré les liens existant entre les PNT, les hôpitaux et les autres prestataires de soins, les initiatives PPM-DOTS n'en sont encore qu'à un stade précoce dans la plupart des autres pays les plus touchés.

**22.** Le traitement de la tuberculose pharmacorésistante reste inapproprié dans de nombreux pays. Dans certains d'entre eux, le diagnostic en laboratoire est de qualité médiocre; d'autres ne disposent pas de politique nationale pour la prise en charge de la tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR); les médicaments antituberculeux de première et de deuxième intention de qualité douteuse sont largement répandus; et un nombre important de patients atteints de tuberculose à bacilles multirésistants font l'objet, en dehors des PNT, de procédures de diagnostic et de traitement inappropriées. Ces problèmes seront en partie résolus par la mise en œuvre sur une grande échelle des nouvelles directives de l'OMS sur la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante.

**23.** Bon nombre des pays qui sont les plus touchés par le VIH/SIDA disposent de plans et de politiques au niveau national prévoyant des activités concertées TB/VIH et la fourniture de traitements antirétroviraux (ARV). Mais, pour bon nombre d'entre eux, il faut encore que le traitement ARV ne soit pas seulement mis à la disposition d'un petit pourcentage des personnes justiciables du traitement. Dans les pays où l'accès au traitement ARV a rapidement progressé et où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, le défi consistera à maintenir l'accès au traitement ARV et à le financer, sans pour autant épuiser les ressources destinées à d'autres programmes.

## Financement de l'extension des programmes DOTS

**24.** Des rapports financiers ont été reçus de 140 pays sur 211 (66%). Ces pays représentent 91% de la charge de morbidité estimée de la tuberculose au niveau mondial. Des données complètes concernant le budget 2005 ont été fournies par 87 pays et par 71 pays pour le budget 2006, tandis que 73 pays fournissaient des données complètes concernant les dépenses 2004. Les 22 pays les plus touchés ont tous fourni des données complètes concernant le budget, à l'exception de l'Afrique du Sud, et 17 d'entre eux ont également fourni des données concernant les dépenses. La quantité et la qualité des données financières n'ont cessé de s'améliorer depuis que l'OMS a commencé leur collecte en 2002.

**25.** Les budgets des PNT dont font état les 22 pays les plus touchés représentent un montant total de US\$ 990 millions en 2006, soit le double du montant total de US\$ 446 millions correspondant à l'année 2002. La Chine, la Fédération de Russie, l'Inde et l'Indonésie ont, de loin, les budgets les plus importants (s'élevant à 72% du total pour les 21 pays les plus touchés ayant fourni des données).

**26.** Les crédits destinés aux budgets des PNT dans les 22 pays les plus touchés ont augmenté de près de US\$ 500 millions au cours des cinq dernières années, pour atteindre un montant total de US\$ 830 millions en 2006. Cette augmentation est essentiellement due aux fonds supplémentaires alloués par les Gouvernements de la Chine et de la Fédération de Russie, ainsi que par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En Afghanistan, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et au Viet Nam, les fonds alloués en 2006 ont été identiques ou inférieurs à ceux de 2002.

**27.** Dans les 21 pays les plus touchés qui ont transmis des données, les gouvernements fourniront US\$ 600 millions (61%) au fonds requis par les PNT en 2006, les organismes donateurs US\$ 230 millions (23%), et, pour US\$ 19 millions (2%), la source de financement n'est pas encore connue, ce qui correspond à un déficit de financement de US\$ 141 millions (14%). Ces chiffres masquent d'importantes variations, de nombreux pays étant largement tributaires des subventions des donateurs.

**28.** Le coût total de la lutte contre la tuberculose, qui comprend, outre les budgets des PNT, le financement du personnel des services de santé généraux et des infrastructures utilisées pour la lutte antituberculeuse, est estimé pour 2006 à US\$ 1,6 milliard dans les 22 pays les plus touchés, à comparer avec les US\$ 876 millions de 2002. C'est en Afrique du Sud et dans la Fédération de Russie que les coûts sont les plus élevés puisqu'ils représentent un total combiné de US\$ 810 millions. A supposer que les systèmes de santé aient la capacité de prendre en charge un nombre croissant de patients atteints de la tuberculose en 2006, le

déficit de financement pour l'ensemble des coûts de la lutte contre la tuberculose en 2006 est le même que pour les budgets des PNT, soit US\$ 141 millions. Les coûts totaux atteignent US\$ 2 milliards et le déficit de financement s'élève à US\$ 180 millions lorsqu'on inclut l'ensemble des 74 pays qui ont transmis des données. Ces 74 pays représentent 89% des cas de tuberculose à l'échelle mondiale.

**29.** Parmi les 22 pays les plus touchés, tous – sauf un – dont les dépenses ont augmenté entre 2003 et 2004 ont aussi vu progresser le nombre des nouveaux cas à frottis positif détectés et traités dans le cadre des programmes DOTS. Le Cambodge a augmenté ses dépenses, mais le nombre total de patients à frottis positif traités dans le cadre de la stratégie DOTS n'a pas bougé.

**30.** Parmi les 22 pays les plus touchés, 5 (l'Inde, l'Indonésie, le Myanmar, les Philippines et le Viet Nam) sont dans une position financière propice pour atteindre les objectifs de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005 et 2 (le Cambodge et la Chine) sont bien placés pour y parvenir s'ils arrivent à combler le déficit financier.

**31.** Les estimations des investissements nécessaires pour atteindre les OMD et les objectifs fixés par le partenariat Halte à la tuberculose sont données dans le Plan mondial. Ces estimations ont été effectuées par année, de 2006 à 2015, et pour sept régions qui, ensemble, représentent 172 pays. Les besoins d'investissement détaillés dans le Plan mondial pour 2006 sont semblables à ceux dont font état les pays, à deux importantes exceptions près. La

première tient au fait que, dans la Région africaine, le Plan mondial prévoit un investissement beaucoup plus important dans les activités concertées TB/VIH et les activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale. La seconde tient au fait que le Plan mondial prévoit un budget de US\$ 243 millions au niveau mondial pour la coopération technique en 2006, qui ne fait habituellement pas partie du budget des PNT, et pour lequel le déficit est estimé à US\$ 183 millions. Si l'investissement planifié dans les activités concertées TB/HIV et les activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale dans la Région africaine progressait conformément au Plan mondial, et si les besoins de coopération technique étaient inclus, le déficit financier serait beaucoup plus important que le montant total rapporté de US\$ 180 millions.

**32.** Dans les futurs travaux sur le financement de la lutte antituberculeuse, les priorités seront au nombre de quatre : a) veiller à ce que les budgets et les plans des pays soient, à partir de 2006 et par la suite, basés sur la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose et qu'ils soient conformes au Plan mondial ; b) mener des évaluations financières sur les moyens de mobiliser les ressources supplémentaires nécessaires pour mettre en œuvre ces plans ; c) mener des évaluations plus précises de l'investissement nécessaire dans les systèmes de santé pour soutenir les efforts visant à élargir les efforts de lutte contre la tuberculose et d'autres maladies ; d) améliorer les données financières pour l'Afrique du Sud et la Région européenne.