

# Principales constatations

## Épidémie mondiale

**La tuberculose reste l'une des principales causes de mortalité dans le monde, mais l'épidémie mondiale est sur le point de décliner.**

1. Selon les estimations, il y a eu 8,8 millions de nouveaux cas de la tuberculose dans le monde, dont 7,4 millions en Asie et en Afrique subsaharienne. Au total, 1,6 millions de personnes sont mortes de la tuberculose, dont 195 000 patients infectés par le VIH.
2. La prévalence de la tuberculose et les taux de mortalité ont probablement diminué à l'échelle mondiale pendant plusieurs années. En 2005, l'incidence est restée stable ou a diminué dans les six régions de l'OMS, un pic mondial ayant été atteint. Toutefois, le nombre total de nouveaux cas de tuberculose a continué d'augmenter lentement à cause des chiffres observés dans les régions de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est.

## DOTS et la stratégie Halte à la tuberculose

**La plupart des services publics de santé reconnaissent désormais que la lutte antituberculeuse doit aller au-delà du DOTS, mais la stratégie Halte à la tuberculose, plus globale, n'est pas encore pleinement opérationnelle dans la plupart des pays.**

3. Plus de 90 millions de cas ont été notifiés à l'OMS de 1980 à 2005 ; 26,5 millions ont été notifiés par les programmes DOTS entre 1995 et 2005 ; 10,8 millions de nouveaux cas à frottis positif ont été inscrits pour le traitement dans le cadre de programmes DOTS entre 1994 et 2004.
4. Le DOTS, fondement de la stratégie Halte à la tuberculose, a été appliqué dans 187 pays en 2005 ; 89% de la population mondiale vivait dans des régions où les services publics de santé le mettaient en œuvre.
5. Au total, 199 pays et territoires ont notifiés 5 millions d'épisodes de tuberculose en 2005 (nouveaux cas ou rechutes) ; les programmes DOTS ont signalé 2,3 millions de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif en 2005 et 2,1 millions ont été enregistrés pour le traitement en 2004.
6. Disposer de personnel qualifié et très motivé est essentiel dans un programme de santé publique et pourtant, les plans de développement des ressources humaines élaborés par les programmes nationaux de lutte antituberculeuse (PNT) en 2005–2006 étaient de qualité très variable. Sur les 22 pays fortement touchés, 7 (dont 5 pays africains) avaient des plans avec une portée limitée ou en cours d'élaboration.

7. Pour un diagnostic rapide et un traitement efficace, il faut des laboratoires pleinement opérationnels et un approvisionnement fiable en médicaments. Pourtant, malgré certaines améliorations, dans toutes les régions de l'OMS des PNT ont signalé des ruptures de stock, un nombre trop faible de laboratoires, une faiblesse des contrôles de qualité et un nombre limité d'établissements pouvant faire des cultures et des tests de sensibilité aux médicaments. De nombreux programmes ont demandé une assistance technique à des organismes externes.
8. Dans le cadre du DOTS, près de 5 millions de patients ont été notifiés en 2005 et on s'attend à ce que le nombre total de cas diagnostiqués et traités en 2006 soit globalement conforme au Plan mondial « Halte à la tuberculose » 2006–2015. Toutefois, la détection des cas à frottis positif par les programmes DOTS a été variable selon les régions de l'OMS en 2005, de 35% (Europe) à 76% (Pacifique occidental). Ces variations devraient persister en 2006.
9. Bien qu'en augmentation, le nombre de patients VIH positifs et ceux présentant une tuberculose à bacilles multirésistants diagnostiqués et traités en 2005 a été beaucoup plus bas que celui envisagé par le Plan mondial pour 2006. Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux se développe rapidement dans la Région africaine, mais peu d'efforts ont été faits pour dépister la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH, bien qu'il s'agisse d'une méthode relativement efficace de détection des cas. Les établissements pour diagnostiquer et traiter les tuberculoses à bacilles multirésistants, y compris les tuberculoses à bacilles ultrarésistants, sont peu nombreux; on ne connaît pas encore la véritable ampleur du problème posé par les tuberculoses à bacilles ultrarésistants.
10. Le taux de réussite des traitements pour les patients atteints de tuberculose à bacilles multirésistants dans les projets approuvés par le Comité Feu Vert (CFV) est près de 60%, ce qui est plus élevé que dans les projets hors de ce cadre.
11. La stratégie Halte à la tuberculose est un dispositif pour établir des liens entre les PNT, les acteurs du secteur de santé et les communautés. Les connexions établies par l'intermédiaire des soins de la tuberculose dans les communautés, par le DOTS associant le public et le privé ou encore par l'approche pratique de la santé respiratoire (APSR) ont réussi, à petite ou moyenne échelle, à améliorer l'accès au diagnostic et au traitement. Pour autant, aucun pays n'est encore parvenu à rendre toutes ces activités pleinement opérationnelles à l'échelle nationale.

12. Peu de PNT ont une vue d'ensemble de la recherche sur la tuberculose dans leur pays et peu ont le personnel qualifié et les financements nécessaires pour mener à bien des travaux essentiels de recherche opérationnelle.

### Financement de la lutte antituberculeuse

**Bien que les fonds disponibles se soient considérablement accrus depuis 2002 et atteignent US \$2 milliards en 2007, il faudra disposer de US \$1,1 milliard de plus pour exécuter les interventions de l'ampleur requise par le Plan mondial « Halte à la tuberculose » en 2007.**

13. Les analyses financières données dans ce rapport reposent sur les données provenant de 90 pays, cumulant 90% des nouveaux cas en 2005, dont les 22 pays fortement touchés et 84 des pays étudiés dans le Plan mondial.

14. Pour l'ensemble des 90 pays analysés, le total des budgets des PNT indiqués pour 2007 se monte à US \$1,6 milliard, avec un coût total de US \$2,3 milliards (budgets des PNT plus les coûts des personnels des services de santé généraux et des infrastructures utilisés pour les traitements de la tuberculose), alors que la somme disponible est de US \$2,0 milliards (il y a ainsi un déficit de financement de US \$0,3 milliards).

15. Si les plans des pays étaient conformes au Plan mondial, le déficit de financement serait encore plus important que le chiffre indiqué pour 2007. La mise en œuvre du Plan mondial dans 84 pays coûterait US \$3,1 milliards en 2007, soit 1,1 milliard de plus que ce dont on dispose. Pour les 22 pays fortement touchés, l'écart entre le Plan mondial et les fonds disponibles est de US \$0,8 milliard.

16. Le Plan mondial est plus coûteux que les budgets des pays en premier lieu parce qu'il anticipe une activité plus importante pour la prise en charge de la tuberculose et du VIH, et pour le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale, en particulier dans les régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est. Si certains des coûts des activités de collaboration pour la lutte contre la tuberculose et le VIH sont couverts par les programmes de lutte contre le VIH/SIDA (par exemple les traitements antirétroviraux), les PNT proposent de faire moins que ce qui est décrit dans le Plan mondial. Ce dernier prévoit un budget important pour les activités de plaidoyer, communication et mobilisation sociale mais, en l'absence d'orientations systématiques en 2006 (devant être publiées en 2007), les budgets des PNT étaient réduits et les activités menées inégales.

17. On peut évaluer les tendances budgétaires sur la période 2006–2007 pour les 22 pays fortement touchés. Les budgets des PNT sont passés d'un peu plus de US \$500 millions en 2002 à US \$1,25 milliard en 2007, les

coûts totaux de US \$644 millions en 2002 à US \$1,65 milliard en 2007 et les financements de US \$644 millions en 2002 à US \$1,4 milliard en 2007 (US \$241 millions des donateurs, dont US \$168 millions du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), et US \$1,2 milliard des gouvernements nationaux).

18. En 2007, six pays ont représenté à eux seuls les trois quarts du budget total des PNT indiqués pour les pays fortement touchés : le Brésil, la Fédération de Russie, la Chine, l'Afrique du Sud, l'Inde et l'Indonésie.

19. Entre 2002 et 2007, on a observé une forte augmentation des financements nationaux en Chine, en Fédération de Russie et en Afrique du Sud ; dans les autres pays, la plupart de l'augmentation provenait du Fonds mondial.

20. En 2005, 11 pays fortement touchés (sur les 19 ayant fourni des données) ont dépensé au moins 90% des fonds disponibles, parmi lesquels le Brésil, la Chine, l'Inde, le Myanmar et le Viet Nam. L'Afghanistan et le Pakistan ont dépensé moins de la moitié des fonds disponibles. Le Kenya, le Mozambique et la République-Unie de Tanzanie en ont dépensé au moins les deux tiers, contre moins de la moitié en 2004.

21. Il y a une forte corrélation entre l'augmentation des dépenses et l'amélioration de la détection des cas au Bangladesh, en Chine, en République démocratique du Congo, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Myanmar et au Nigéria. Mais il n'y a pas de relation systématique entre l'augmentation des dépenses et l'amélioration de la détection des cas dans l'ensemble des pays fortement touchés. Cette relation devra être étudiée et comprise pays par pays.

22. La plupart des PNT des pays fortement touchés ont des plans stratégiques de lutte à moyen terme (5 ans par exemple). Dans quelques pays, Brésil, Chine (à l'exception du traitement de la tuberculose MR), Kenya, Philippines et Viet Nam, ils sont conformes au Plan mondial. Les autres pays doivent aligner davantage leur budget sur ce que prévoit le Plan mondial.

### Réalisation des buts et des cibles

**Plus de 26 millions de patients ont été traités avec le DOTS, mais les programmes de lutte dans le monde ont manqué de peu les cibles fixées pour la détection des cas et la guérison en 2005 et ne sont toujours pas dans les temps pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement d'ici à 2015.**

23. Les cibles fixées par l'OMS aux programmes DOTS pour 2005, soit la détection de 70% des cas et un taux de réussite des traitements de 85%, ont été manquées de peu à l'échelle mondiale : la détection des cas a été 60% (IC 95% : 52–69%) et le taux de réussite des trai-

tements de 84%. Cependant, ces deux cibles ont été atteintes dans la Région du Pacifique occidental et le taux de réussite a dépassé les 85% en Asie du Sud-Est.

24. Vingt-six pays ont atteint les deux cibles, dont la Chine, les Philippines et le Viet Nam ; 67 pays ont atteint au moins 70% de détection des cas en 2005 et 57 pays ont notifiés des taux de réussite des traitements d'au moins 85% pour la cohorte 2004.
25. Si l'incidence mondiale est bien en train de diminuer, alors l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (cible 8) a déjà été atteint, plus de 10 ans avant la date butoir de 2015.
26. Bien que la charge de la tuberculose semble diminuer à l'échelle mondiale, cette baisse n'est pas assez rapide pour atteindre les cibles fixées par le partenariat Halte

à la tuberculose : réduire de moitié la prévalence et le taux de mortalité d'ici à 2015 par rapport à 1990. Les régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental sont dans les temps pour y parvenir ; les régions de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Europe ne le sont pas. Les pays et les régions auront de plus grandes chances d'atteindre les cibles s'ils peuvent augmenter les budgets et renforcer les activités, en accord avec le Plan mondial.

27. Les procédures de collecte des données financières, épidémiologiques et des informations sur le fonctionnement des programmes doivent être améliorées. Un système global de surveillance et de suivi, ainsi que des enquêtes bien conçues, sont les conditions indispensables à une évaluation précise des progrès de la lutte antituberculeuse.