



PRINCIPAUX OBSTACLES EN CE QUI CONCERNE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE MR/UR ET LES SOINS AUX PATIENTS – RÉSUMÉ D'ORIENTATION

En prévision de cette réunion, l'OMS a préparé une série de documents d'orientation qui décrivent les principaux obstacles à la lutte contre la tuberculose MR/UR et à la fourniture de soins aux patients atteints de cette forme de la maladie, et la façon dont ils peuvent être surmontés. Le présent document reprend les dix articles ainsi rédigés et se termine par des tableaux récapitulatifs, pour chaque obstacle, les mesures à prendre et par qui.

Les données de la surveillance de la tuberculose fournies par l'OMS et ses partenaires permettent de modéliser l'épidémie à venir. Ces données montrent, dans **l'article 1 : préparer l'avenir de la lutte contre l'épidémie de tuberculose MR**, que tant la prévention de la tuberculose MR (« tarir la source » en améliorant la lutte de base contre la tuberculose) que le diagnostic et le traitement efficace des cas de tuberculose MR (en réduisant la transmission dans la communauté de souches pharmacorésistantes) sont nécessaires pour réduire les taux de tuberculose MR dans les pays où celle-ci est déjà établie et où la prévalence est élevée. On peut y parvenir au moyen des outils diagnostiques et des schémas thérapeutiques existants mais il faudra de nouvelles technologies et de nouvelles approches du diagnostic et du traitement si l'on veut réduire le nombre de cas et de décès plus rapidement. On peut citer au moins quatre raisons d'intensifier le dépistage des cas et le traitement de la tuberculose MR dans tous les pays : offrir les meilleures chances possibles de guérison à tous les patients, qu'ils souffrent de tuberculose pharmacosensible ou pharmacorésistante ; accélérer le recul de la tuberculose et progresser aussi rapidement que possible vers l'élimination ; prévenir une accumulation dans les populations d'infections latentes pharmacorésistantes ; et prévoir le pire en cas d'incertitude (aversion au risque).

Des lacunes importantes subsistent dans la lutte de base contre la tuberculose. **L'article 2 : combler les lacunes de la lutte antituberculeuse** en énumère trois des principales. Trop souvent, les hôpitaux font obstacle à une prise en charge appropriée de la tuberculose ; il existe un large éventail de dispensateurs, tant dans le secteur public que privé, dont beaucoup dispensent des soins qui ne répondent pas aux normes, alors que l'on délaisse les possibilités d'associer les patients et les communautés à la fourniture de soins convenables. Sont décrits ici les mécanismes qui permettent de mobiliser le potentiel des patients et des communautés, et de recenser l'ensemble des prestataires de soins, en reliant les hôpitaux et les dispensateurs de soins de tous types aux PNT.

L'article 3 : assurer la prise en charge de la tuberculose MR/UR et les soins montre la complexité des étapes nécessaires à la prise en charge – diagnostic, traitement et soins – des personnes atteintes de tuberculose MR. L'auteur n'est pas directif mais décrit les problèmes à prendre en considération pour faciliter la prise de décision quant au meilleur choix des sites appelés à dispenser des soins aux patients, qu'il s'agisse des hôpitaux ou de la communauté. La dimension éthique de la fourniture des soins est également abordée car, dans la prise en charge de la tuberculose MR, il est impératif de veiller à ce que les droits et les devoirs des patients comme de la communauté soient garantis. La collaboration à la fourniture de soins pour la tuberculose MR est recommandée dans le cadre de toutes les structures non gouvernementales, y compris le



secteur privé. Le VIH est un problème majeur pour les personnes atteintes de tuberculose MR, et l'engagement concerté des programmes de lutte contre le sida et de leurs homologues chargés de la tuberculose à la prise en charge du problème de la tuberculose MR est indispensable.

L'article 4 : s'employer à répondre à la crise des personnels de santé invite les pays à élaborer des plans stratégiques et opérationnels pour les personnels de santé afin à la fois de renforcer la lutte de base contre la tuberculose et d'étendre la prise en charge de la tuberculose MR/UR. Les plans doivent aller au-delà des activités de formation classiques et porter sur la dotation en personnel, la motivation, la fidélisation et les systèmes d'appui. Les PNT doivent collaborer entre eux et être coordonnés avec les autres programmes de santé de façon à ce que les besoins en personnels de santé pour la lutte antituberculeuse soient pris en compte dans le développement d'ensemble des personnels de santé.

Avant le lancement de la Stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS en 2006, les efforts mondiaux de lutte contre la maladie sous-estimaient les besoins en laboratoires. **L'article 5 : remédier à l'insuffisance des services de laboratoire** traite donc des retards qui se sont accumulés dans ce domaine et appelle à répondre aux besoins en services de laboratoire antituberculeux grâce à des plans stratégiques couvrant l'ensemble du système national des laboratoires de santé. Il faudra pour répondre à ces besoins mettre en place 2000 laboratoires – nouveaux ou remis en état – supplémentaires en mesure d'effectuer des cultures et des tests de sensibilité aux médicaments, et plus de 20 000 nouveaux techniciens de laboratoire devront être formés et affectés. Une approche systématique au niveau des pays de la planification des dépenses de laboratoire est donc essentielle, à commencer par des politiques claires pour le dépistage des patients à risque de tuberculose MR et l'application d'algorithmes de diagnostic appropriés utilisant les différents tests disponibles.

D'après **l'article 6 : assurer l'accès à des anti-tuberculeux de qualité garantie**, tous les pays n'insistent pas sur la qualité des médicaments antituberculeux qui doivent être conformes aux normes OMS, ou sur l'application de normes strictes par les autorités de réglementation. Les associations fixes de médicaments de première intention ne sont pas suffisamment utilisées alors qu'il est démontré qu'elles sont au moins aussi efficaces que les médicaments pris isolément pour guérir les malades de la tuberculose et qu'elles offrent des avantages pratiques et logistiques importants. Si les pays voulaient véritablement éviter de créer une résistance, ils les utiliseraient bien davantage. L'OMS et le GDF offrent plusieurs services destinés à faciliter l'achat des médicaments au niveau national. En ce qui concerne les médicaments de deuxième intention, on n'en produit pas de quantités suffisantes, même pour le nombre relativement faible de patients bénéficiant d'un traitement. Les laboratoires pharmaceutiques ne sont pas encore convaincus qu'il est intéressant d'investir dans ce marché. Pour briser ce cycle, les gouvernements devraient s'engager à étendre le traitement de la tuberculose MR, ce qui créerait une demande accrue, permettrait des prévisions plus précises et étofferait le réseau des fournisseurs.

L'offre non réglementée de médicaments antituberculeux, de première ou de deuxième intention, alimente la progression de la tuberculose MR/UR. **L'article 7 : limiter la disponibilité de médicaments antituberculeux** appelle les gouvernements à interdire immédiatement la vente libre de ces produits. Il conseille en outre d'accréditer les praticiens des secteurs public et privé autorisés à prescrire des médicaments antituberculeux et de limiter le droit de prescrire à ces praticiens accrédités.



La question de la lutte contre l'infection était négligée jusqu'à ce que les flambées de tuberculose MR et UR contraignent à la prendre en compte en santé publique et dans la lutte contre la tuberculose. **L'article 8 : faire de la lutte contre l'infection tuberculeuse une priorité** appelle à élaborer d'urgence des plans nationaux conformément à la nouvelle politique OMS de la lutte contre l'infection tuberculeuse afin d'améliorer tous les établissements de soins de santé pour les rendre plus sûrs pour les patients et les agents de santé. Cela exigera une approche nationale qui peut être basée sur les structures existantes de lutte contre l'infection et sur des mesures de protection administratives, environnementales et personnelles dans tous les établissements.

Compte tenu de l'immobilisme du financement de la recherche en ce qui concerne la tuberculose, **l'article 9 : exploiter pleinement les possibilités de recherche concernant la tuberculose MR/UR** appelle à une plus grande participation de tous les gouvernements, en particulier ceux des économies émergentes, ainsi que des organismes de financement à la recherche sur la tuberculose MR. Il serait bon que les pays et les institutions coordonnent leur action en vue de mettre au point de nouvelles méthodes rapides de dépistage de la tuberculose MR/UR et de les expérimenter sur le terrain. De la même façon, de nouveaux médicaments sont nécessaires d'urgence, ainsi que la conception et le financement d'essais contrôlés randomisés pour le traitement et la prévention de la tuberculose MR au moyen des composés existants et de composés nouveaux. De plus, il est évident que l'on ne met pas à profit toutes les occasions et que l'on n'utilise pas pleinement les fonds disponibles pour la recherche opérationnelle dans le cadre des subventions existantes du Fonds mondial. Ces fonds pourraient ainsi être utilisés pour la recherche des causes de la résistance aux médicaments dans différents contextes, ce qui est un domaine essentiel.

D'après **l'article 10 : financer la lutte contre la tuberculose MR/UR et les soins**, pour atteindre l'objectif fixé dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, 1,4 million de cas de tuberculose MR/UR devront être traités dans les 27 pays à plus lourde charge entre 2009 et 2015. Le coût total du diagnostic et du traitement de 1,4 million de cas (lutte anti-infectieuse incluse) s'élève à US \$16,9 milliards sur sept ans, c'est-à-dire qu'il passera de US \$700 millions en 2009 à US \$4,4 milliards en 2015 ; ce dernier chiffre est 61 fois plus élevé que les fonds disponibles en 2009. La plupart des besoins concernent la Région européenne (US \$8,9 milliards), suivie de l'Asie (US \$7,1 milliards). La première étape de la mobilisation de ces fonds est l'établissement de budgets spécifiques aux pays dans le cadre des plans stratégiques nationaux de lutte antituberculeuse. L'OMS a préparé un outil de planification et de budgétisation à cette fin. Il devra être fait appel aux ressources intérieures, en particulier dans les pays à revenu moyen. Si l'on ne peut mobiliser suffisamment de ressources intérieures, les pays devront utiliser pleinement les ressources disponibles au titre du Fonds mondial, de l'UNITAID et d'autres organismes donateurs et dispositifs de financement.