

Résumé

Introduction et méthodes

1. Ce rapport est le huitième rapport annuel de l'OMS sur la lutte antituberculeuse dans le monde. Il contient des informations concernant le nombre de cas notifiés et les résultats du traitement en provenance de tous les programmes nationaux de lutte qui ont envoyé des rapports à l'OMS, ainsi qu'une analyse des plans, du financement et des obstacles à l'extension de la stratégie DOTS concernant les 22 pays fortement touchés par la tuberculose. On dispose désormais de neuf années consécutives de données pour évaluer les progrès accomplis en vue de la réalisation des cibles mondiales fixées pour 2005 concernant le dépistage des cas (70 %) et le succès thérapeutique (85 %).

2. En 2003, un formulaire type pour la notification des données de surveillance a été envoyé à 210 pays par l'intermédiaire des bureaux régionaux de l'OMS. Le formulaire sollicite des informations sur la politique et l'organisation de la lutte antituberculeuse, le nombre et le type de cas de tuberculose notifiés en 2002 et les résultats du traitement ou du retraitement des cas à frottis positif enregistrés en 2001. Des informations sont également demandées sur le budget, les dépenses et les sources de financement des programmes nationaux ainsi que sur l'utilisation de l'infrastructure de la santé en général pour la lutte antituberculeuse.

3. Les administrateurs de programmes nationaux des 22 pays fortement touchés ont également été invités, au moyen d'un questionnaire distinct et d'entretiens, à résumer leurs plans de lutte antituberculeuse à partir de 2003 en mettant l'accent sur les activités visant à améliorer l'engagement politique, le diagnostic, les résultats du traitement, le suivi et la

supervision du programme, ainsi que l'accès à la stratégie DOTS et à assurer une dotation adéquate en personnel. Ils ont été interrogés sur les activités concernant à la fois la lutte contre la tuberculose et le VIH, les mesures prises en ce qui concerne la pharmacorésistance, le renforcement des partenariats et d'identifier les principales contraintes pour atteindre les cibles de la lutte antituberculeuse.

Améliorer le dépistage et le traitement des cas de tuberculose

4. Au total, 201 pays ont présenté à l'OMS un rapport sur la stratégie nationale de lutte antituberculeuse et sur la notification des cas de tuberculose et/ou les résultats du traitement.

5. En utilisant les tendances des notifications de cas pour mettre à jours les estimations de l'incidence, on a calculé qu'il y avait 8,8 millions de nouveaux cas de tuberculose en 2002 dont 3,9 millions étaient à frottis positif. Le taux d'incidence mondial de la tuberculose progresse annuellement au rythme d'environ 1,1 % et le nombre de cas de 2,4 %. Les notifications de cas ont augmenté bien davantage dans les pays africains à forte prévalence du VIH ainsi qu'en Europe de l'Est (principalement dans l'Ex-Union soviétique), bien que l'on observe un ralentissement de la croissance des cas dans ces deux régions depuis le milieu des années 90.

6. En 2002, le nombre de pays appliquant la stratégie DOTS a augmenté de 25 pour atteindre 180 (sur 210). Les programmes nationaux ont indiqué qu'à la fin de l'année 2002, 69 % de la population mondiale vivait dans des pays ou dans des régions de pays où la stratégie était appliquée. Les

programmes DOTS ont notifié 3,0 millions de nouveaux cas de tuberculose dont 1,4 million à frottis positif. Au total, 13,3 millions de malades de la tuberculose et 6,8 millions de cas à frottis positif ont été traités dans le cadre de programmes DOTS entre 1995 et 2002.

7. Les 1,4 million de cas à frottis positifs notifiés par les programmes DOTS en 2002 représentent 37 % de l'incidence estimée, c'est-à-dire un peu plus de la moitié des 70 % fixés pour cible en 2005. L'augmentation du nombre de cas à frottis positif notifiés sous traitement DOTS entre 2001 et 2002 (214 656) est supérieure à la moyenne annuelle de 1995 à 2000 (134 157). L'accélération des notifications est plus prononcée pour l'ensemble des cas de tuberculose puisque l'augmentation atteint 610 228 entre 2001 et 2002 contre une augmentation annuelle de 269 268 au cours de la période de 1995 à 2000. Mais pour atteindre le taux de dépistage de 70 % en 2005, il faudrait trouver annuellement en 2003, 2004 et 2005 1 040 000 cas supplémentaires de tuberculose dont 433 000 cas supplémentaires à frottis positif.

8. Si l'on constate une accélération depuis 2000 du nombre de cas de tuberculose rapportés par les programmes DOTS, le nombre total des cas rapportés à l'OMS n'a cependant augmenté que très faiblement au cours de la période de 1995 à 2002 (taux de dépistage moyen 46 %). Le nombre de cas à frottis positif rapportés par l'ensemble des programmes a augmenté (taux de dépistage 44 % en 2002) mais beaucoup plus lentement que celui rapportés par les programmes DOTS. Si la tendance se maintient, tous les cas notifiés à l'OMS en 2005 le seront par des programmes DOTS. Tous les patients dé-

pistés par les systèmes de santé publique dans le monde recevront des soins selon les normes internationales mais le nombre de ces représentent moins que les 70% fixé comme objectif pour le dépistage en 2005.

9. En 2002, 28 % de tous les cas à frottis positif supplémentaires dans les programmes DOTS ont été signalés par l'Inde. Des améliorations plus modestes mais apparemment significatives du dépistage ont été enregistrées en Afrique du Sud (12 % de l'augmentation totale), en Indonésie (10 %), au Pakistan (4 %), au Bangladesh (3 %) et aux Philippines (3 %). Ensemble, ces six pays regroupent plus de 60 % des cas supplémentaires dépistés en 2002.

10. Avec l'extension géographique des programmes DOTS, le taux de dépistage des cas à frottis positif dans ces zones est resté assez constant depuis 1996 (49 % en moyenne) bien qu'on observe des signes d'une lente augmentation dans les pays fortement touchés, en particulier l'Inde, l'Indonésie, le Bangladesh et les Philippines.

11. Le taux de succès thérapeutique enregistrés pour la cohorte 2001 dans les programmes DOTS était en moyenne de 82 %, le même niveau que pour la cohorte 2000. Comme les années précédentes, le taux a été sensiblement inférieur à la moyenne dans la Région africaine de l'OMS (71 %) ainsi qu'en Europe de l'Est (70 %). Le faible taux dans ces deux régions peut être attribué, en partie et respectivement, aux complications dues à la co-infection par le VIH et à la pharmacorésistance. Un autre facteur tout aussi important a été l'incapacité des programmes nationaux de suivre les résultats du traitement de tous les malades.

12. Sur la base des cas déclarés et des estimations de l'OMS, à la fin de l'année 2002, 18 pays ont atteint les cibles concernant le dépistage des cas et la guérison; le Viet Nam est toutefois le seul pays fortement touché à faire partie du groupe.

Planification et application de la stratégie DOTS

13. A la fin de l'année 2003 l'ensemble des 22 pays fortement touchés avaient formulé un plan national de l'extension de la stratégie DOTS. Des plans détaillés concernant des améliorations majeures de la couverture par la stratégie DOTS, du dépistage des cas et de la qualité du programme avaient été établis par plusieurs pays, dont l'Inde et l'Indonésie. Mais la planification stratégique visant à surmonter les obstacles à la lutte antituberculeuse reste insuffisante dans plusieurs pays à faible taux de dépistage.

14. Les six contraintes les plus fréquentes que l'on a observés étaient les suivantes : manque de personnel qualifié ; carences en matière de suivi et d'évaluation ; infrastructure inadéquate ; faiblesse des services de laboratoires ; incapacité des programmes DOTS à associer les praticiens privés et d'autres dispensateurs publics de soins à la stratégie; et décentralisation mal conduite. Parmi les solutions permettant de surmonter ces obstacles, on peut mentionner : l'élaboration de plans de ressources humaines pour la lutte antituberculeuse correspondant aux plans de renforcement du personnel de santé en général ; projets mixtes public/privé visant à associer d'autres dispensateurs et structures de soins du secteur public ; financement suffisant et formation d'une capacité locale dans les pays à système de santé décentralisé. La coopération intersectorielle sera déterminante pour surmonter les obstacles qui dépassent le cadre des compétences des programmes nationaux.

15. L'efficacité de la stratégie DOTS et les perspectives concernant l'extension de la stratégie sont également limitées par l'approvisionnement insuffisant en médicaments, leur qualité irrégulière et par les politiques sur les produits pharmaceutiques insuffisamment développées. Cette situation favorise

l'extension de la pharmacorésistance. La solution consistera en partie à intégrer dans les programmes DOTS les tests de sensibilité aux médicaments, à normaliser les schémas thérapeutiques en cas d'échec du traitement et à veiller à ce que des médicaments de deuxième ligne soient disponibles et correctement utilisés chez les malades ayant une tuberculose polychimiorésistante.

16. Si la stratégie DOTS doit rester au cœur de la politique de lutte antituberculeuse, il faudra pouvoir compter sur un plus large éventail d'interventions pour réduire la morbidité tuberculeuse dans les pays les plus touchés par le VIH/SIDA, notamment ceux d'Afrique orientale et australe. Les interventions recommandées sont énoncées dans la politique intérimaire de l'OMS sur les activités concernant la tuberculose et le VIH, mais jusqu'ici il s'agit d'interventions à échelle réduite dans des districts ou des régions plutôt que dans l'ensemble d'un pays.

Financement de l'extension de la stratégie DOTS

17. Des données financières ont été reçues de 123 pays, dont 77 (y compris 17 pays fortement touchés) ont fourni des données complètes sur le budget 2003 et 74 (y compris 15 pays fortement touchés) des données complètes et ventilées pour les dépenses en 2002.

18. Les dépenses consacrées à la lutte antituberculeuse dans les pays fortement touchés en 2002 ont atteint US \$834 à 884 millions. C'est moins que le montant prévu de US \$976 millions estimé nécessaire pour atteindre la cible de 70 % pour le dépistage en 2005. Le montant total estimé des coûts concernant les pays fortement touchés en 2003 était de l'ordre de US \$1 milliard, c'est-à-dire environ US \$150 millions de plus que les dépenses de 2002, mais probablement moins que le montant nécessaire pour atteindre les 70% de dépistage en 2005.

19. Dans 14 des pays fortement touchés, le coût par malade traité était situé dans une fourchette de US \$125 à 380. Dans trois autres (l'Afrique du Sud, le Brésil et la Fédération de Russie) le coût par malade était sensiblement plus élevé (plus de US \$700) en raison du coût élevé du travail et du capital ou du recours plus fréquent à l'hospitalisation. Dans tous les pays fortement touchés qui ont fourni des données concernant les deux années le coût par patient a augmenté entre 2002 et 2003. Certaines des raisons, ont été précisées dans certains budgets mais pas tous (par exemple enquête sur la prévalence au Viet Nam, matériel au Myanmar).

20. En 2003, les gouvernements des pays fortement touchés ont apporté (sous forme de fonds nationaux et de prêts) 70% des fonds prévus dans le budget du programme national et couvert 87 % du coût total. Mais la part de l'Etat varie entre 0 % (Afghanistan) et 100 % (par exemple au Brésil) et elle a tendance à être plus élevée dans les pays plus aisés. Les subventions de l'étranger représentaient la moitié ou plus du budget national de l'Ethiopie, de l'Afghanistan, du Bangladesh, de la Tanzanie, de la République démocratique du Congo et du Pakistan.

21. Le déficit financier global signalé par les pays fortement touchés était de US \$41 millions en 2003 (à l'exclusion de l'Afrique du Sud et du Zimbabwe pour lesquels on ne disposait pas de données), représentant 4 % environ du coût total, mais une proportion beaucoup plus importante du coût dans les pays plus pauvres. Entre 2002 et 2003, le déficit a été réduit dans sept pays, principalement grâce à l'augmentation du financement par les gouvernements (y compris sous forme de prêts) et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le déficit a augmenté dans cinq pays en raison de la planification d'un nombre accru d'activités (non financées) pour accélérer l'extension de la stratégie DOTS.

22. A la fin de 2003, le Fonds mondial avait approuvé des subventions (jusqu'à 5 ans) d'un montant de US \$608 millions pour les activités de lutte contre la tuberculose, et de US \$319 millions pour les activités de lutte dirigées à la fois contre la tuberculose et le VIH dans 56 pays. Le montant total pour les deux premières années atteint US \$294 millions pour la lutte antituberculeuse et US \$90 millions pour la lutte contre la tuberculose et le VIH. Environ 70 % du total combiné concerne les pays fortement touchés. Si les subventions du Fonds mondial peuvent apporter une contribution majeure à la lutte antituberculeuse dans certains pays, on constate que jusqu'à présent les fonds n'ont été déboursés qu'avec lenteur.

23. On estime que, pour atteindre les cibles concernant le dépistage et la guérison en 2005, il faudra dépenser US \$950 millions dans 21 pays fortement touchés (à l'exception de la Fédération de Russie) en 2004 et US \$1,1 milliard en 2005 contre des dépenses de US \$650 millions en 2002 et un budget prévu de US \$850 millions en 2003. La Fédération de Russie a annoncé un budget d'environ US \$400 millions pour 2004 dont US \$200 millions restent à trouver. Le plan quinquennal russe 2003-2007 prévoit des chiffres du même ordre pour 2005.

Conclusions

24. Le taux de dépistage mondial des cas à frottis positif était de 37 % en 2002, ce qui correspond à plus de la moitié des 70 % fixé pour cible, et l'augmentation enregistrée a été la plus rapide depuis 1995. Sur la base des tendances actuelles, on estime que le taux de dépistage des cas sera de l'ordre de 50 % en 2005, et qu'alors tous les cas de tuberculose déclarés dans le secteur public seront dans les programmes DOTS et recevront des soins selon les normes internationales. Pour faire passer le dépistage des cas à frottis positif par

les programmes DOTS de 37 % à 50 %, il suffirait de veiller à ce que le diagnostic et le traitement des cas de tuberculose connus dans les Amériques, en Europe et en Asie du Sud-Est, respectent les normes de la stratégie. Il sera plus difficile de dépasser la barre des 50 % car le taux de notification de l'ensemble des cas de tuberculose par les autorités de santé publique est resté stable depuis de nombreuses années et les programmes DOTS auront probablement épuisé cette source de cas en 2005. Après 2005, et de préférence même avant, les programmes DOTS et les autorités de santé publique devront commencer à rechercher les malades dans les centres et les hôpitaux qui ne participent pas aux programmes, notamment ceux qui relèvent du secteur privé en Asie ou qui ne sont pas desservis par le système de santé publique en Afrique. Un effort particulier devra être fait pour améliorer les taux de guérison en Afrique.

25. Pour atteindre ces buts, les gouvernements et les programmes nationaux devront adopter une approche plus stratégique face à la planification, veiller à ce que les budgets correspondent mieux aux plans et que les efforts de financement s'appuient sur des budgets réalistes. C'est une tendance qu'on constate déjà dans plusieurs pays fortement touchés, mais pas partout. Si les ressources qu'il fournit peuvent être déboursées plus rapidement, le Fonds mondial apportera une contribution majeure à la lutte antituberculeuse dans plusieurs des pays fortement touchés dont les gouvernements ne sont pas en mesure d'apporter un appui suffisant. Les pays fortement touchés ont prévu de consacrer à la lutte antituberculeuse en 2003 US \$150 millions de plus qu'en 2002, ce qui est probablement trop peu pour pouvoir atteindre la cible de 70 % de détection des cas en 2005.