

Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017

Résumé d'orientation

Le Rapport sur la tuberculose dans le monde de l'OMS a pour objet de présenter une évaluation complète et actualisée de l'épidémie de tuberculose et des progrès accomplis en matière de soins et de prévention aux niveaux mondial, régional et national.ⁱ Il s'inscrit dans le cadre des stratégies mondiales recommandées de lutte contre la tuberculose et des cibles qui leur sont associées, d'une part, et des objectifs de développements plus généraux, d'autre part. Pour la période 2016-2035, ces instruments de référence sont la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose et les objectifs de développement durable (ODD) de l'Organisation des Nations Unies, qui ont une même visée : mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose.

Parmi les cibles fixées dans la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose figurent notamment une réduction de 90 % du nombre de décès imputables à cette maladie et une réduction de 80 % de l'incidence de la tuberculose (nouveaux cas par an), d'ici à 2030, par rapport à 2015. Pour les atteindre, il faudra prodiguer des services de soins et de prévention dans le cadre plus général de la couverture sanitaire universelle, engager une action multisectorielle face aux déterminants socioéconomiques de la tuberculose et à ses conséquences, et réaliser d'ici à 2025 des avancées technologiques permettant de faire reculer les taux d'incidence plus rapidement que par le passé.

Le tableau général qui se dégage des dernières données disponibles se caractérise par une charge de morbidité toujours élevée conjuguée à des progrès trop lents pour atteindre les cibles et réduire sensiblement les lacunes qui persistent.

La tuberculose est la neuvième cause de décès au plan mondial et la principale cause de décès due à un agent infectieux unique, devant le VIH/sida. En 2016, d'après les estimations, il y a eu 1,3 million de décès par tuberculose dans la population VIH-négative (contre 1,7 million en 2000), auxquels se sont ajoutés 374 000 décès dans la population VIH-positive.ⁱⁱ On estime que 10,4 millions de personnes sont tombées malades de la tuberculose en 2016, dont 90 % d'adultes, 65 % de personnes de sexe masculin, et 10 % de personnes vivant avec le VIH (dont 74 % d'Africains). Parmi elles, 56 % venaient de cinq pays : l'Inde, l'Indonésie, la Chine, les Philippines et le Pakistan.ⁱⁱⁱ

La tuberculose pharmacorésistante est une menace constante. En 2016, il y a eu 600 000 nouveaux cas de résistance à la rifampicine (le médicament de première intention le plus efficace), dont 490 000 cas de tuberculose multirésistante (TB-MR).^{iv} Presque la moitié (47 %) d'entre eux a été enregistrée en Inde, en Chine et en Fédération de Russie.ⁱⁱⁱ

Au niveau mondial, le taux de mortalité par tuberculose diminue d'environ 3 % par an. L'incidence recule de quelque 2 % par an et 16 % des cas décèdent de la maladie ; ces chiffres devront s'améliorer pour s'établir à 4-5 % par an et 10 %, respectivement, si l'on veut atteindre en 2020 l'objectif correspondant au premier jalon de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

La plupart des décès par tuberculose pourraient être évités moyennant un diagnostic précoce et un traitement adapté. Chaque année, des millions de personnes reçoivent un diagnostic de la tuberculose et sont traitées avec succès, ce qui permet d'éviter des millions de décès (53 millions dans la période 2000-2016). De profondes disparités subsistent néanmoins en matière de détection et de traitement.

En 2016, 6,3 millions de nouveaux cas de tuberculose ont été signalés (contre 6,1 millions en 2015), soit 61 % de l'incidence estimée (10,4 millions) ; les dernières données sur les issues thérapeutiques montrent qu'au niveau mondial, 83 % des cas de tuberculose furent traités avec succès, soit un taux de guérison semblable à celui des dernières années. On a dénombré 476 774 cas de tuberculose dans la

population VIH-positive (46 % de l'incidence estimée), dont 85 % suivaient un traitement antirétroviral (TAR). Au total, 129 689 personnes entamèrent un traitement contre la tuberculose pharmacorésistante, un chiffre en faible augmentation par rapport aux 125 629 de 2015, mais ne comptant que pour 22 % de l'incidence estimée ; le taux de guérison restait faible, s'établissant à 54 % au niveau mondial.

Pour réduire sensiblement ces déséquilibres, il faut réaliser des progrès dans un sous-ensemble particulier de pays à forte charge de tuberculose. Dix pays comptaient pour 76 % de l'écart total entre incidence et cas notifiés pour la tuberculose en général ; les trois principaux étaient l'Inde (25 %), l'Indonésie (16 %) et le Nigéria (8 %).^v Dix pays représentaient 75 % de l'écart entre incidence et mise sous traitement pour la tuberculose pharmacorésistante, l'Inde et la Chine comptant pour 39 % de cet écart au plan mondial.^{vi} La plupart des écarts se rapportant à la tuberculose associée au VIH concernaient la Région africaine de l'OMS.

Le traitement préventif de la tuberculose se généralise, en particulier dans les deux groupes à risque prioritaires (personnes vivant avec le VIH et enfants de moins de 5 ans). Cependant, la plupart des personnes éligibles pour un traitement préventif de la tuberculose n'y ont pas accès.

Les fonds alloués à la lutte contre la tuberculose sont en hausse depuis plus de 10 ans, mais un déficit de financement subsiste (US \$2,3 milliards en 2017). Les dépenses de santé totales sont également trop élevées pour que les ressources disponibles permettent d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Pour combler ces déficits, il faudra mobiliser davantage de ressources au niveau national (en particulier auprès des pays à revenu intermédiaire) et auprès des donateurs internationaux (en particulier les pays à faible revenu).

Plus globalement, d'autres éléments exercent une influence sur l'épidémie de tuberculose, notamment les niveaux de pauvreté, l'infection à VIH, la sous-nutrition et la consommation de tabac. La plupart des pays à forte charge de tuberculose ont encore beaucoup à faire pour atteindre les cibles des ODD liées à ces déterminants.

De nouveaux produits de diagnostic, médicaments, schémas thérapeutiques et vaccins sont en cours de mise au point, mais les progrès sont lents. Il faut accroître les investissements dans la recherche-développement si l'on veut avoir une quelconque chance de réaliser les avancées nécessaires d'ici à 2025.

La Conférence ministérielle mondiale de l'OMS « Mettre fin à la tuberculose à l'ère des ODD », en novembre 2017, et la première Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose, en 2018, sont une occasion historique de mobiliser l'engagement politique requis pour intensifier la lutte contre la tuberculose et mettre chaque pays et le monde dans son ensemble sur la voie menant à la fin de l'épidémie de tuberculose.

AUTRES POINTS MARQUANTS DU RAPPORT

Introduction

Les principales sources de ce rapport sont, d'une part, les données mondiales collectées chaque année depuis 1995 par le Programme mondial de lutte contre la tuberculose (GTB) et, d'autre part, les bases de données tenues par d'autres départements de l'OMS ainsi que par l'ONUSIDA et la Banque mondiale. Lors de la collecte de données mondiales sur la tuberculose organisée en 2017 par l'OMS, 201 pays et territoires abritant plus de 99 % de la population et des cas de tuberculose mondiaux ont communiqué des données.

Les ODD et la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose

Les premiers jalons de la Stratégie sont fixés pour 2020. Ils consistent à réduire le nombre de décès et le taux d'incidence de la tuberculose de 35 % et 20 %, respectivement, par rapport aux niveaux de 2015 ; et à faire en sorte que les personnes atteintes de la tuberculose et leurs familles ne supportent plus de coûts catastrophiques liés à cette maladie.

Le suivi des indicateurs relatifs à la tuberculose est bien en place aux niveaux mondial et national. Par exemple, un suivi standardisé des notifications de cas de tuberculose et des issues thérapeutiques correspondantes est réalisé aux niveaux mondial et national depuis 1995, et des estimations de l'incidence et de la mortalité sont publiées chaque année par l'OMS depuis plus de 10 ans.

En 2017, l'OMS a mis au point un cadre de suivi de la tuberculose au titre des objectifs de développement durable (ODD), qui se compose de 14 indicateurs associés à l'incidence de la tuberculose, relevant eux-mêmes de sept ODD. Sept indicateurs se rapportent à l'ODD 3 (santé et bien-être) : couverture des

services de santé essentiels, pourcentage des dépenses à la charge des patients dans les dépenses de santé totales, dépenses de santé par habitant, prévalence du VIH, prévalence de la consommation de tabac, prévalence du diabète, et prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool. Les sept autres indicateurs, liés aux ODD 1, 2, 7, 8, 10 et 11, sont les suivants : proportion de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté, pourcentage de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, prévalence de la sous-alimentation, pourcentage de la population utilisant principalement des carburants et technologies propres, produit intérieur brut (PIB) par habitant, indice de Gini des inégalités de revenu, et proportion de la population urbaine vivant dans des taudis.

Charge de morbidité tuberculeuse

En 2016, d'après les estimations, la plupart des cas incidents sont survenus dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est (45 %), la Région africaine de l'OMS (25 %) et la Région OMS du Pacifique occidental (17 %). Les proportions étaient plus faibles dans la Région OMS de la Méditerranée orientale (7 %), la Région européenne de l'OMS (3 %) et la Région OMS des Amériques (3 %).

En 2016, le nombre annuel de cas incidents de tuberculose par rapport à la taille de la population a beaucoup varié d'un pays à l'autre, allant de moins de 10 cas pour 100 000 habitants dans la plupart des pays à revenu élevé à 150-300 cas pour 100 000 habitants dans la plupart des 30 pays à forte charge tuberculeuse, atteignant même plus de 500 cas pour 100 000 habitants dans quelques pays, dont l'Afrique du Sud, le Lesotho, le Mozambique, les Philippines et la République populaire démocratique de Corée.

Au niveau régional, c'est dans la Région européenne de l'OMS que l'incidence de la tuberculose a diminué le plus rapidement (baisse de 4,6 % entre 2015 et 2016). Depuis 2010, la diminution a été supérieure à 4 % par an dans plusieurs pays à forte charge tuberculeuse, dont l'Éthiopie, la Fédération de Russie, le Kenya, le Lesotho, la Namibie, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe.

En 2016, environ 82 % des décès dus à la tuberculose chez les personnes VIH-négatives se sont produits dans la Région africaine et dans la Région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS ; ces Régions représentaient 85 % du total combiné des décès dus à la tuberculose chez les personnes VIH-négatives et VIH-positives. L'Inde comptait pour 33 % des décès dus à la tuberculose survenus chez des personnes VIH-négatives dans le monde et pour 26 % de l'ensemble des décès dus à cette maladie chez les personnes VIH-négatives et VIH-positives.

Au niveau mondial, le taux de mortalité par tuberculose (pour 100 000 habitants) a chuté de 37 % entre 2000 et 2016. Sur le plan régional, les baisses les plus rapides sont observées dans la Région européenne de l'OMS et dans la Région OMS du Pacifique occidental (avec des reculs de 6,0 % et 4,6 % par an, respectivement, depuis 2010).

On estime qu'en 2016, au niveau mondial, 4,1 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 2,8-5,3%) des nouveaux cas et 19 % (IC à 95 % : 9,8-27 %) des cas déjà traités étaient des cas de tuberculose multirésistante (MR) ou résistante à la rifampicine (RR).

Les systèmes nationaux de notification et d'enregistrement des faits d'état civil doivent être renforcés afin de pouvoir mesurer directement dans tous les pays l'incidence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie. Des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose peuvent provisoirement servir à mesurer directement le fardeau de la tuberculose dans un important sous-ensemble de pays à forte charge tuberculeuse.

Diagnostic et traitement de la tuberculose, de la tuberculose associée au VIH et de la tuberculose pharmacorésistante

L'essentiel de l'augmentation des nouveaux cas de tuberculose observée au niveau mondial depuis 2013 tient à la progression de 37 % que l'Inde a connue dans la période 2013-2016.

Le ratio hommes-femmes (H/F) des notifications s'établit à 1,7 au plan mondial. Ces ratios sont plus élevés dans les résultats des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose chez l'adulte, ce qui tend à indiquer que les notifications sous-estiment la part de la charge de tuberculose supportée par les hommes dans certains pays.

Au niveau mondial, les enfants (sujets âgés de <15 ans) représentaient 6,9 % des nouveaux cas de tuberculose notifiés en 2016.

Cette même année, la couverture des tests de résistance à la rifampicine était de 33 % pour les personnes nouvellement atteintes de tuberculose et de 60 % pour les personnes atteintes de tuberculose ayant déjà suivi un traitement, le taux global s'établissant à 41 % (contre 31 % en 2015).

Au niveau mondial, en 2016, 57 % des cas de tuberculose notifiés s'étaient fait dépister pour le VIH et disposaient des résultats correspondants, contre 55 % en 2015. Dans la Région africaine de l'OMS, où la charge de la tuberculose associée au VIH est la plus élevée, 82 % des personnes atteintes de tuberculose disposaient de tels résultats (contre 81 % en 2015).

Le taux de guérison s'est établi à 78 % pour la tuberculose associée au VIH (cohorte de 2015) et à 30 % pour la tuberculose ultrarésistante (UR) (cohorte de 2014).

Au moins 35 pays ont introduit des schémas thérapeutiques plus courts pour le traitement de la tuberculose MR ou de la tuberculose RR. D'après les données disponibles en juin 2017, 89 pays et territoires avaient commencé à utiliser la bédaquiline et 54 avaient utilisé le délamanid dans le cadre des efforts visant à améliorer les issues pour la tuberculose MR et pour la tuberculose UR.

Services de prévention de la tuberculose

Le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans qui, d'après les informations communiquées, ont entamé un traitement préventif contre la tuberculose a augmenté de 85 % entre 2015 et 2016 (passant de 87 242 à 161 740), chiffre qui représentait seulement 13 % du nombre estimé de personnes éligibles (1,3 million).

Au total, 940 269 personnes ayant récemment entamé des soins du VIH furent placées sous traitement préventif de la tuberculose en 2016, d'après des données provenant de 60 pays. Comme les années précédentes, l'Afrique du Sud a représenté la plus grande part du total (41 %), devant le Mozambique, le Zimbabwe et le Malawi. Cependant, parmi les 30 pays où la charge de la tuberculose et du VIH est élevée, 18 n'ont fait mention d'aucun traitement préventif en 2016. Parmi les 12 pays à forte charge de tuberculose et de VIH ayant notifié des données, la couverture variait de 2,4 % en Indonésie à 73 % au Zimbabwe.

Au Kenya, aucune donnée n'était disponible concernant le nombre de personnes ayant récemment entamé des soins du VIH qui furent placées sous traitement préventif de la tuberculose en 2016. Dans ce pays, cependant, un traitement préventif de la tuberculose a été dispensé cette année-là auprès de 390 298 personnes vivant avec le VIH. En associant ces chiffres aux données rapportées par les autres pays, on voit qu'au niveau mondial, au moins 1,3 million de personnes vivant avec le VIH ont, au total, été placées sous traitement préventif de la tuberculose en 2016.

Financement de la prévention, du diagnostic et du traitement de la tuberculose

En 2017, US \$6,9 milliards ont été alloués aux soins et à la prévention dans les 118 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant communiqué des données (pays où ont été enregistrés 97 % des cas de tuberculose au plan mondial). Ce chiffre est en hausse par rapport aux US \$6,3 milliards rapportés en 2016, et plus de deux fois supérieure aux US \$3,3 milliards qui étaient disponibles en 2006.

L'Inde s'est distinguée en 2017 par une forte hausse de l'enveloppe budgétaire allouée à la lutte contre la tuberculose (qui est passée à US \$525 millions, soit près de deux fois celle de 2016), dans le prolongement de l'engagement politique du Premier Ministre à mettre fin à la tuberculose d'ici à 2025. Ce budget est intégralement financé : US \$387 millions (74 %) sont issus de sources intérieures (soit trois fois le montant de 2016, US \$124 millions) et le solde (26 %) provient des donateurs internationaux.

Globalement, l'essentiel du financement de la période 2006-2016 provenait de sources intérieures, et cela est resté le cas en 2017 (84 % du total mondial de US \$6,9 milliards). Néanmoins, les chiffres agrégés masquent d'importantes variations d'un pays à l'autre. Par exemple, le financement intérieur occupe une place dominante (95 % globalement, pour une fourchette allant de 74 à 100 %) au Brésil, en Fédération de Russie, en Inde, en Chine et en Afrique du Sud (Groupe des BRICS), qui représentent collectivement près de la moitié des cas de tuberculose dans le monde. Dans les pays à faible revenu, le financement des donateurs internationaux dépasse le financement intérieur, et dans les 25 pays à forte charge tuberculeuse n'appartenant pas au Groupe des BRICS, les niveaux sont semblables pour ces deux catégories.

Couverture sanitaire universelle, protection sociale et déterminants sociaux

L'OMS a publié en 2017 un rapport intitulé *The SDG Health Price Tag*, où elle donne des prévisions des dépenses de santé totales dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour la période 2016-2030, qu'elle compare avec les fonds qui seraient nécessaires pour instaurer la couverture sanitaire universelle et atteindre les autres cibles des ODD liées à la santé. Globalement, ces projections indiquent que la plupart des pays à revenu intermédiaire pourraient, pendant cette période, mobiliser les fonds requis pour ces fins, mais les pays à revenu faible ne disposeront vraisemblablement pas des ressources intérieures nécessaires.

Sept pays ont réalisé des enquêtes sur les coûts supportés par les personnes atteintes de tuberculose et leurs ménages dans sept pays : Ghana, Kenya, Myanmar, Philippines, République de Moldova, Timor Leste et Viet Nam. Les résultats définitifs du Myanmar et du Viet Nam montrent que la charge économique et financière de la tuberculose est élevée dans ces pays. Cela correspond aux données montrant que les dépenses de santé à la charge des patients représentent une part élevée (>30 %) du total des dépenses de santé dans la plupart des pays à forte charge de tuberculose.

On estime qu'en 2016, sur 10,4 millions de cas incidents de tuberculose, 1,9 million étaient imputables à la sous-alimentation, 1,0 million à l'infection à VIH, 800 000 à la consommation de tabac et 800 000 au diabète.

Parmi les pays à forte charge tuberculeuse ayant obtenu d'assez bons résultats pour au moins quelques indicateurs associés à l'incidence de la tuberculose, on peut citer l'Afrique du Sud, le Brésil, l'Indonésie, la Thaïlande et le Viet Nam.

Recherche-développement

Peu de technologies de diagnostic sont apparues en 2017 et l'évaluation de GeneXpert Omni[®], un dispositif de test moléculaire rapide sur le lieu de soins, a été reportée.

Dix-sept médicaments font actuellement l'objet d'essais de phase I, II ou III, dont huit nouveaux composés, deux médicaments ayant obtenu une homologation accélérée ou sous conditions sur la base des résultats de la phase IIb, et sept médicaments affectés à un nouvel usage. Différents nouveaux schémas utilisant des associations sont en essai de phase II ou III.

Des essais cliniques sont menés pour 12 vaccins candidats : trois sont en phase I et neuf en phase II ou III.

Profils de pays

L'annexe 2 présente les profils de 30 pays à forte charge tuberculeuse. Cette année, une seconde page a été ajoutée à chaque profil pour présenter la situation actuelle et les tendances récentes pour les indicateurs figurant dans le cadre de suivi de la tuberculose au titre des objectifs de développement durable (ODD) mis au point par l'OMS en 2017.

ⁱ L'OMS publie son *Rapport sur la tuberculose dans le monde* chaque année depuis 1997.

ⁱⁱ Quand une personne VIH-positive meurt de la tuberculose, le VIH est considéré comme la cause sous-jacente selon le système de Classification internationale des maladies (CIM-10).

ⁱⁱⁱ Les pays sont classés par ordre décroissant de cas incidents.

^{iv} La tuberculose MR est définie comme résistante à la fois à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments de première intention les plus efficaces.

^v Les dix pays, classés de l'écart le plus important au plus faible, étaient les suivants : Inde, Indonésie, Nigéria, Philippines, Afrique du Sud, Pakistan, Bangladesh, République démocratique du Congo, Chine et République-Unie de Tanzanie.

^{vi} Les dix pays, classés de l'écart le plus important au plus faible, étaient les suivants : Inde, Chine, Fédération de Russie, Indonésie, Philippines, Pakistan, Nigéria, Ukraine, Myanmar et Ouzbékistan.