

# Résumé

## Contexte et méthodes

**1.** Le neuvième rapport annuel de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la surveillance, la planification et le financement de la lutte antituberculeuse contient des informations sur le nombre de cas notifiés et les résultats du traitement en provenance de tous les programmes nationaux de lutte antituberculeuse (PNT) qui ont envoyé des rapports à l'OMS, ainsi qu'une analyse des plans, budgets, dépenses et progrès concernant l'extension de la stratégie DOTS dans les 22 pays les plus touchés par la tuberculose.

**2.** On dispose désormais de données s'étendant sur dix années consécutives (1994-2003) pour évaluer les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui concernent la lutte antituberculeuse. Les cinq objectifs des OMD concernant directement la lutte contre la tuberculose sont: d'ici 2005, dépister 70 % des nouveaux cas à frottis positif et traiter avec succès 85 % d'entre eux ; d'ici 2015, arrêter l'augmentation de l'incidence et commencer à inverser la tendance ; entre 1990 et 2015, diminuer de moitié le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité.

## Améliorer le dépistage et le traitement

**3.** Au total, 199 pays ont présenté à l'OMS un rapport sur leur stratégie pour lutter contre la tuberculose, sur le nombre de cas de tuberculose notifiés et/ou 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 8,8 millions de nouveaux cas de tuberculose en 2003 (140 pour 100 000 habitants), dont 3,9 millions (62 pour 100 000) avaient un frottis positif et 674 000 (11 pour 100 000) étaient porteurs

du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le nombre total de cas était de 15,4 millions (245 pour 100 000), sur lesquels 6,9 millions avaient un frottis positif (109 pour 100 000). Le nombre de décès dus à la tuberculose en 2003 est estimé à 1,7 millions (28/100 000); ce chiffre englobe les cas de co-infection tuberculose-VIH (229 000).

**5.** En 2003, 182 pays au total appliquaient la stratégie DOTS, soit 2 de plus qu'en 2002. A la fin de 2003, 77 % de la population mondiale vivaient dans des pays, ou des régions de pays, où la stratégie était appliquée. Les programmes ont rapporté 3,7 millions de cas nouveaux et de rechutes, parmi lesquels on recense 1,8 millions de cas nouveaux à frottis positif. Au total, 17,1 millions de tuberculeux et 8,6 millions de sujets à frottis positif ont suivi un traitement dans le cadre des programmes DOTS entre 1995 et 2003.

**6.** Les 1,8 million de cas à frottis positif signalés par les programmes DOTS en 2003 représentent un taux de détection de 45 %. 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 2002 et 2003 (324 000) (l'augmentation annuelle moyenne entre 1995 et 2000 était de 134 000). L'augmentation des cas notifiés a été plus marquée encore pour tous les cas de tuberculose confondus : elle a été de 693 000 entre 2002 et 2003, alors que l'augmentation annuelle moyenne était de 270 000 pendant la période 1995-2000.

**7.** Alors que l'augmentation du nombre de cas de tuberculose notifiés par les programmes DOTS semble s'accélérer depuis 2000 le nombre total de cas notifiés à l'OMS (toutes formes et toutes sources confondues) n'a que très peu augmenté entre 1995 et 2003 (taux moyen de notification de 42 %). Le nombre de cas à frottis positif rapporté par toutes les

sources a augmenté (taux de notification de 50 % en 2003), mais bien plus lentement que la hausse dont il est fait état dans le cadre de la stratégie DOTS.

**8.** Deux pays, l'Inde et la Chine, concentraient à eux seuls 63 % de tous les cas supplémentaires à frottis positif signalés dans le cadre de la stratégie DOTS en 2003. Parmi les personnes qui ont développé une tuberculose à crachat positif en 2003 (nombre estimé) mais qui n'ont pas été détectées par les programmes DOTS, 67% habitaient dans seulement 8 pays: le Bangladesh, la Chine, l'Ethiopie, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Indonésie, le Nigéria et le Pakistan.

**9.** Alors que les programmes DOTS se sont étendus géographiquement, le taux de détection des cas nouveaux à frottis positif dans les zones couvertes par la stratégie DOTS est resté relativement constant depuis 1995 (52 % en moyenne), encore qu'on observe une légère hausse dans les pays les plus touchés, en particulier au Bangladesh, en Inde, au Myanmar et aux Philippines.

**10.** Le taux de succès thérapeutique dans la cohorte DOTS de 2002 était de 82 % en moyenne, inchangé depuis 2000. Comme pour les années précédentes, il était nettement inférieur à la moyenne dans la Région africaine (73 %) et dans la Région européenne (76 %). Cela s'explique en partie par les complications de la co-infection tuberculose-VIH dans la Région africaine et par la pharmacorésistance dans la Région européenne. Un autre facteur tout aussi important dans ces deux régions est l'incapacité des programmes DOTS à documenter les résultats du traitement pour tous les patients.

**11.** D'après les cas déclarés et les estimations de l'OMS, 22 pays avaient atteint à la fin de 2003 les objectifs en matière de détection et de succès

thérapeutique. Le Viet Nam est cependant le seul pays du groupe des pays les plus touchés<sup>1</sup> parmi eux, mais le Cambodge, le Myanmar et les Philippines ne sont pas loin d'atteindre les objectifs.

### Tendances épidémiologiques et impact de la stratégie DOTS

**12.** En 2003, le taux d'incidence de la tuberculose fléchissait ou se stabilisait dans cinq des six Régions de l'OMS, mais augmentait de 1,0 % à l'échelle mondiale. La région qui fait exception est la Région africaine, où l'incidence a augmenté plus rapidement dans les pays à plus haut taux de prévalence VIH. En Europe de l'Est, les taux d'incidence ont augmenté pendant les années 90 pour atteindre un pic vers 2001 et ont baissé depuis. La hausse de l'incidence mondiale ralentit parce que les épidémies d'infection au VIH ralentissent en Afrique, mais on ignore encore quand l'incidence mondiale de la tuberculose commencera à décroître.

**13.** Nous calculons que, suite à l'extension de la stratégie DOTS entre 1990 et 2003, le taux de prévalence mondial est passé de 309 à 245 pour 100 000 (cas de co-infection tuberculose-VIH compris), et a diminué de 5 % entre 2002 et 2003 alors que l'incidence continuait d'augmenter. Le taux de mortalité mondial a atteint un record dans les années 90, puis a diminué à 2,5 % (cas de co-infection tuberculose-VIH compris) ou 3,5 % par an (cas de co-infection tuberculose-VIH non compris) entre 2002 et 2003. Si les tendances n'étaient pas si contraires en Afrique, les taux de prévalence et de mortalité baisseraient beaucoup plus rapidement à l'échelle mondiale.

### Planification et mise en oeuvre de la stratégie DOTS

**14.** Tous les pays les plus touchés ont un plan stratégique d'extension de la stratégie DOTS et beaucoup d'entre

eux commenceront en 2005 un nouveau cycle de planification, de préférence axé sur l'année cible des OMD, 2015. Bien que les systèmes de santé de nombreux pays subissent encore des réformes et des restructurations, tous les pays les plus touchés, sauf la Fédération de Russie et la Thaïlande, indiquent que les fonctions de lutte antituberculeuse sont entièrement intégrées aux services de santé nationaux généraux.

**15.** L'extension de la stratégie DOTS se heurte à cinq obstacles d'une importance capitale : pénurie de personnel qualifié, absence d'engagement politique, insuffisance des services de laboratoire, prise en charge inadéquate de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose associée au VIH. En ce qui concerne la pharmacorésistance, les pays sont peu nombreux à avoir une politique nationale en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose résistante, et même dans ceux qui en ont une, le traitement n'est souvent pas conforme aux normes acceptables. En ce qui concerne la co-infection tuberculose-VIH, les programmes nationaux de lutte antituberculeuse indiquent que peu de tuberculeux ont un test de dépistage du VIH (3 % des cas notifiés), qu'ils sont moins nombreux encore à être examinés en vue de bénéficier d'un traitement antirétroviral et qu'une très faible proportion commence un traitement de ce type (1347 patients recensés en 2003). Le rapport discute une série de mesures pour remédier à cette situation.

**16.** L'intensification du soutien et de l'action dans les pays (ISAC) est une nouvelle initiative destinée à catalyser et à accélérer l'extension de la stratégie DOTS en vue d'atteindre les objectifs de 2005. L'initiative a pour but d'améliorer les capacités techniques afin de faciliter l'utilisation des subventions importantes provenant du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) et autres bailleurs de fonds importants. En 2004, ont participé à l'initiative la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, l'Ouganda, le Pakistan et la Roumanie.

**17.** Les contributions croissantes des organisations non gouvernementales (ONG) et de groupes communautaires manifestent clairement l'engagement de plus en plus important de la société civile en faveur de la lutte antituberculeuse. L'action de ces groupes place les patients au centre de la stratégie DOTS et améliore l'accès aux services antituberculeux dans les zones éloignées et au sein des populations défavorisées et marginalisées.

**18.** Les projets public-privé et public-public ont des effets mesurables sur le dépistage des cas dans plusieurs pays d'Asie, et pourraient être un moyen d'élargir les services de lutte antituberculeuse dans les villes africaines.

### Financement de l'extension des programmes DOTS

**19.** Des données financières ont été reçues de 134 pays sur 211 (64 %), contre 123 en 2003 ; 70 et 69 pays ont fourni des données complètes concernant respectivement le budget et les dépenses. Les 22 pays les plus touchés ont tous fourni des données sauf l'Afrique du Sud.

**20.** On a observé une forte augmentation des budgets des PNT ainsi qu'un net accroissement des fonds disponibles pour la lutte antituberculeuse dans les pays les plus touchés depuis 2002, avec des augmentations particulièrement importantes entre 2003 et 2004. Les budgets PNT prévus pour 2005 atteignent au total US \$741 millions. La projection des coûts totaux estimés de la lutte antituberculeuse s'élève à US \$1,3 milliard en 2005 et les fonds disponibles à US \$1,2 milliard. La forte augmentation des crédits disponibles est pratiquement entièrement due à des fonds publics supplémentaires alloués par la Chine, la Fédération de Russie et l'Indonésie et à des subventions du fond mondial (FMSTP).

**21.** Les pays dont le budget du PNT pour 2005 est le plus important sont la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde et l'Indonésie. Si l'on prend également en considération des coûts non inclus dans les budgets PNT, l'Afrique du Sud, la Chine, la Fédération

<sup>1</sup> Le Pérou a été exclu du groupe initial des pays les plus touchés car ce pays a atteint les objectifs de détection et de succès thérapeutique et a réussi à réduire l'incidence de la tuberculose.

de Russie et l'Inde représentent à elles seules US \$946 millions (73 %) du montant total de US \$1,3 milliard. Huit pays parmi les plus touchés prévoient des coûts totaux de US \$20–50 millions en 2005 ; le reste représente US \$18 millions ou moins.

**22.** On observe des variations considérables, par patient traité, dans les budgets pour les médicaments de première ligne, dans les budgets PNT totaux et dans les coûts totaux pour chaque année entre 2002 et 2005. Parmi les pays les plus touchés, le budget PNT par patient est le plus faible en Inde (US \$34). Dans la plupart des pays, les budgets se situent entre US \$100 et 200 par patient et les coûts entre US \$150 et 300. L'Afrique du Sud et la Fédération de Russie sont des exceptions notables, avec des coûts par patient traité supérieurs à US \$1000. Les budgets par patient traité sont généralement stables ou en augmentation et, par conséquent, les coûts par patient traité le sont aussi.

**23.** En 2005, les gouvernements des pays les plus touchés financent 62 % des budgets des PNT (y compris par des prêts), le FMSTP 15 % et 7 % provient d'autres sources, ce qui correspond à un déficit équivalent à 16 % des budgets prévus. Les gouvernements des pays les plus touchés contribuent davantage (79 %) aux coûts totaux qu'aux budgets PNT parce qu'ils financent le personnel des services de santé généraux et les infrastructures utilisées pour la lutte antituberculeuse. Les contributions moyennes au financement de la lutte antituberculeuse des gouvernements des pays les plus touchés sont élevées et masquent le fait que nombre de ces pays sont largement dépendants de subventions.

**24.** Malgré des progrès dans la mobilisation de crédits supplémentaires, les pays les plus touchés ont signalé un déficit de financement de US \$119 millions en 2005. Ce chiffre est plus élevé que ceux qui avaient été enregistrés en 2003 et 2004. Les plus importants déficits de financement sont signalés par la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde, le Pakistan et

le Zimbabwe (US \$93 millions, soit 78 % du déficit total). Proportionnellement aux budgets, les déficits les plus importants sont ceux du Kenya, du Nigéria, de l'Ouganda, du Pakistan et du Zimbabwe.

**25.** Les activités planifiées ne sont pas en mesure d'atteindre les objectifs fixés pour le dépistage des cas en 2005 dans 12 pays. En outre, les budgets pour les activités concertées contre la tuberculose et le VIH et pour les médicaments de deuxième ligne pour traiter la tuberculose multi-résistante sont actuellement peu élevés. Cela veut dire que l'on peut considérer que les déficits actuellement rapportés par les PNT sont sous-estimés et que les ressources nécessaires pour la tuberculose seront dans le futur plus élevées que US \$1,3 milliard.

**26.** La capacité d'absorption est l'un des grands problèmes pour les pays les plus touchés qui sont parvenus à mobiliser un important financement supplémentaire. En 2003, les dépenses ont été inférieures au financement disponible ; reste à évaluer si les PNT peuvent effectivement dépenser les crédits supplémentaires disponibles en 2004 et 2005.

**27.** En termes financiers, les pays les plus touchés entrent dans quatre catégories : a) quatre pays (l'Inde, le Myanmar, les Philippines et le Viet Nam) dont les budgets devraient permettre d'atteindre les objectifs de 2005, et qui auront sans doute un déficit de financement minime, voire nul ; b) quatre pays dont les budgets sont suffisants, mais qui devront combler des déficits de financement (Cambodge, Chine), ou qui ne savent pas très bien combien de cas supplémentaires seront détectés et traités avec succès grâce aux fonds supplémentaires importants désormais disponibles (Bangladesh, Indonésie) ; c) cinq pays dont les plans ne sont pas de nature à leur permettre d'atteindre les objectifs de 2005, mais qui signalent des déficits de financement minimes ou nuls ; d) neuf pays qui signalent d'importants déficits de financement et dont les plans sont loin d'être de nature à leur permettre d'atteindre les

objectifs de détection des cas (huit pays) et/ou dont on ne sait pas s'ils seront suffisants pour atteindre l'objectif de succès thérapeutique. Ces neuf pays méritent une attention particulière de la part des donateurs et d'autres organismes d'aide.

### Progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

**28.** Si l'amélioration de la détection des cas observée entre 2002 et 2003 peut être maintenue, le taux de détection des cas sera de 60 % en 2005. Pour atteindre l'objectif de 70 %, les programmes DOTS doivent recruter des patients tuberculeux dans les centres de santé et les hôpitaux qui ne participent pas encore aux programmes, notamment dans le secteur privé en Asie, et au-delà des limites actuelles des systèmes de santé publique en Afrique. Pour atteindre l'objectif de 85 % de succès thérapeutique, un effort particulier doit être fait afin d'améliorer les taux de guérison en Afrique et en Europe de l'Est.

**29.** Notre analyse des tendances épidémiologiques laisse supposer que le taux d'incidence de la tuberculose est encore en légère augmentation dans le monde, mais que les taux de prévalence et de mortalité sont en diminution. Quant à savoir si la diminution du poids de la tuberculose sera suffisante pour atteindre les OMD d'ici 2015, dépendra de la rapidité avec laquelle les programmes DOTS seront mis en œuvre par les divers prestataires de soins, et de l'efficacité avec laquelle les programmes seront adaptés pour répondre aux problèmes que présentent la co-infection tuberculose-VIH (notamment en Afrique) et la pharmacorésistance (notamment en Europe de l'Est).

**30.** Le financement de l'effort mondial de lutte antituberculeuse s'est amélioré depuis 2002, de façon spectaculaire dans certains pays. Certains des pays les plus touchés disposent désormais de fonds suffisants pour atteindre les objectifs, mais doivent encore montrer qu'ils sont capables de les utiliser efficacement ; certains n'ont pas de déficit apparent, mais

## Principaux indicateurs épidémiologiques et financiers

INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES (MONDE)	CIBLE OMD	ANNÉE CIBLE	ESTIMATION 2003	ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 2003 (%)	ANNÉE DE RÉFÉRENCE
DOTS détection des cas (%)	70	2005	45	+7,5	2002
DOTS succès thérapeutique (%)	85	2005	82 (cohorte 2002)	0,0	cohorte 2001
Taux d'incidence (pour 100 000 par an, VIH exclus)	En diminution	2015	129	+0,6	2002
Taux d'incidence (pour 100 000 par an, VIH inclus*)			140	+1,0	2002
Taux de prévalence (pour 100 000, VIH exclus)	moitié du niveau de 1990	2015	240	-22	1990
Taux de prévalence (pour 100 000, VIH inclus)			245	-21	1990
Taux de mortalité (pour 100 000 par an, VIH exclus)	moitié du niveau de 1990	2015	24	-12	1990
Taux de mortalité (pour 100 000 par an, VIH inclus)			28	-1,6	1990

  

INDICATEURS FINANCIERS (PAYS LES PLUS TOUCHÉS)	ESTIMATION 2005	ÉVOLUTION 2002-2005 (%)	ANNÉE DE RÉFÉRENCE
Dépenses totales pour la lutte antituberculeuse (US \$ millions)	1321	+49	2002
Budget PNT pour la lutte antituberculeuse (US \$ millions)	741	+79	2002
Total des fonds disponibles pour la lutte contre la tuberculose (US \$ millions)	1202	+36	2002
Etat (à l'exclusion des prêts)	982	+26	2002
Prêts	56	+102	2002
Subventions (à l'exclusion du FMSTP)	55	+29	2002
FMSTP	109	NA	2002
Déficit de financement tel que rapporté par les PNT (US\$ millions)	119	+34	2002
Coûts par patient (US \$) (valeurs médianes)			
Coût total	213	+22	2002
Budget PNT	133	+45	2002
Budget pour les médicaments de première ligne	28	-12	2002

\* VIH inclus: y compris les patients souffrant à la fois de tuberculose et d'une infection à VIH ; les indicateurs OMD pour la tuberculose excluent les patients également atteints d'infection à VIH cependant ces statistiques sont également utiles dans la lutte antituberculeuse.

NA: non applicable car les fonds ont été distribués pour la première fois en 2003

devraient vérifier que leurs budgets sont suffisants ; certains ont un déficit de financement évident et doivent se concentrer sur la mobilisation des fonds nécessaires pour améliorer la performance du programme.