

PLAN MONDIAL  
HALTE À LA  
TUBERCULOSE  
2006 - 2015



# Agir pour la vie

VERS UN MONDE SANS TUBERCULOSE

Stop TB Partnership



Organisation  
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Plan mondial Halte à la tuberculose, 2006–2015 / Partenariat Halte à la tuberculose.

1.Tuberculose – prévention et contrôle. 2.Tuberculose – chimiothérapie. 3.Thérapie sous observation directe. 4.Antituberculeux – administration et posologie. 5.Planification stratégique. I.Partenariat Halte à la tuberculose. II.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 92 4 259339 0  
(NLM classification: WF 200)

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse

Design & Layout par Blue Infinity, Genève, Suisse

Images fournies par Getty Images, Corbis, Image Forum et Photothèque de l'OMS

Le Partenariat Halte à la tuberculose est implanté au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé

Partenariat Halte à la Tuberculose et Organisation mondiale de la Santé, Plan mondial Halte à la tuberculose 2006–2015, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35)

# Agir pour la vie

VERS UN MONDE SANS TUBERCULOSE

Ce document présente les dix lignes d'action dont dépend la réussite du Plan mondial. Toutes nous aideront à agir pour la vie, toutes sont essentielles pour nous rapprocher d'un monde sans tuberculose.



# Agir

Ce Plan, destiné à ceux qui dans les pays et au niveau mondial souhaitent promouvoir l'investissement dans la lutte antituberculeuse, appelle à agir. Agir pour que tous les pays appliquent l'ensemble des mesures prévues dans le plan et mobilisent suffisamment de ressources intérieures et extérieures pour y parvenir. Agir pour que la société civile exige d'avoir accès à des soins de qualité et aux fruits de la recherche-développement. Agir pour que les groupes communautaires encouragent les malades à consulter et à suivre leur traitement jusqu'au bout.

En tant que partenaires soucieux d'éradiquer la tuberculose, nous pouvons coordonner notre action pour mettre en œuvre le Plan. Ainsi, nos efforts conjugués feront plus que des actions individuelles compartimentées. La mise en œuvre de ce Plan permettra de sauver des millions de vies.

Il faut agir pour la vie dans la perspective d'un monde sans tuberculose.

# Table des matières

Remerciements . . . . .	7
Sigles et acronymes . . . . .	9
Avant-propos . . . . .	11
Préface . . . . .	13
Déclaration de soutien . . . . .	15
Résumé d'orientation . . . . .	16
Introduction . . . . .	21

## **PARTIE I : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES**

1. Bilan des réalisations 2000–2005 et défis à relever pour 2006–2015 . . . . .	27
1.1 Un partenariat prospère . . . . .	27
1.2 Réalisations dans le cadre de la lutte mondiale contre la tuberculose depuis 2000 . . . . .	28
1.3 La tuberculose aujourd'hui . . . . .	30
1.4 Les défis à relever . . . . .	31
2. Atteindre les objectifs : mesures à prendre . . . . .	33
2.1 Ambition, mission et objectifs du Partenariat . . . . .	33
2.2 Orientations stratégiques et objectifs du Partenariat . . . . .	34
2.3 Promouvoir une utilisation plus large et plus judicieuse des stratégies existantes de lutte contre la tuberculose . . . . .	35
2.4 Stratégies pour résoudre les problèmes posés par les menaces émergentes . . . . .	37
2.5 Recherche opérationnelle . . . . .	39
2.6 Promotion de la mise au point et de l'adoption de nouveaux textes diagnostiques, médicaments et vaccins antituberculeux . . . . .	39
2.7 Coopération technique . . . . .	41
2.8 Suivi et évaluation . . . . .	42
3. Principales questions intersectorielles : renforcement des systèmes de santé, tuberculose et pauvreté, tuberculose chez l'enfant, tuberculose et sexospécificité . . . . .	42
3.1 Introduction . . . . .	42
3.2 Renforcement des systèmes de santé . . . . .	42
3.3 Tuberculose et pauvreté . . . . .	45
3.4 La tuberculose chez l'enfant . . . . .	47
3.5 Tuberculose et sexospécificité . . . . .	49
4. Résumé des résultats escomptés, besoins en ressources et impact prévu . . . . .	52
4.1 Résultats escomptés . . . . .	52
4.2 Besoins en ressources et financement . . . . .	59
4.3 Impact du Plan mondial . . . . .	64
5. Conclusion . . . . .	67

## **PARTIE II : SCÉNARIOS DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE DANS LE MONDE ET DANS LES RÉGIONS, 2006–2015**

6. Orientations stratégiques, scénarios dans le monde et dans les régions et plans des Groupes de travail . . . . .	69
6.1 Processus analytique sous-tendant le Plan mondial . . . . .	69
6.2 Scénario mondial pour atteindre la cible des objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs du Partenariat pour 2015 . . . . .	72
6.3 Réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité liés à la tuberculose dans chacune des régions . . . . .	72
7. Profils régionaux : un scénario ambitieux mais réaliste . . . . .	73
7.1 Région africaine . . . . .	74
7.2 Région des Amériques . . . . .	84
7.3 Région de la Méditerranée orientale . . . . .	89
7.4 Région de l'Europe orientale . . . . .	94
7.5 Région de l'Asie du Sud-Est . . . . .	100
7.6 Région du Pacifique occidental . . . . .	106
8. Réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité en Afrique et en Europe orientale . . . . .	112
9. Economies de marché établies et Europe centrale . . . . .	114

## **PARTIE III : ACTIONS DU PARTENARIAT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS**

10. Synthèse des plans stratégiques des groupes de travail et du Secrétariat pour 2006-2015 . . . . .	117
10.1 Introduction . . . . .	117
10.2 Plans des Groupes de travail sur la mise en œuvre . . . . .	120
10.2.1 Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS . . . . .	121
10.2.2 Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante . . . . .	126
10.2.3 Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH . . . . .	132
10.3 Plans des groupes de travail sur les nouveaux outils . . . . .	138
10.3.1 Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose . . . . .	142
10.3.2 Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux . . . . .	148
10.3.3 Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux . . . . .	154
10.4 Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale . . . . .	161
10.5 Secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose . . . . .	167

## **ANNEXES**

1. Glossaire . . . . .	175
2. Pays par région épidémiologique de la tuberculose . . . . .	177
3. Notes . . . . .	179



# Remerciements

Le Partenariat exprime sa gratitude envers les personnes ci-dessous qui ont apporté leur collaboration au présent ouvrage :

Edugie Abebe, Olusoji Adeyi, Faruque Ahmed, Dong Il Ahn, Somsak Akksilp, Heidi Albert, Salia Alhassan, Peter Andersen, Mohamed Aziz, Susan Bacheller, Samiha Baghdadi, Louise Baker, Ripley Ballou, Subroto Banerji, Jacques Baudouy, Rachel Bauquerez, Stefano Bertozzi, Saroj Bhubaneswar, Constantin Miaka Mia Bilenge, Nils Billo, Léopold Blanc, Dan Bleed, Amy Bloom, Henry Boom, Stefaan van der Borgh, Michael Brennan, Jaap Broekmans, Karen Caines, Joanne Carter, Kenneth Castro, Richard Chaisson, Jeremiah Chakaya, Lakhbir Singh Chauhan, Lucy Chesire, Pierpaolo de Colombani, Erwin Cooreman, Brent Copp, Jane Cunningham, Michael Cynamon, Connie Davis, James Deane, Valerie Diaz, Riitta Dlodlo, Chris Dye, Mao Tan Eang, James Ebenezer, Salah Eddine-Ottmani, Saidi Egwaga, Edward Ellis, Gijs Elzinga, Sarah England, Marcos Espinal, Antonieto Evangelista, Jose Figueroa-Munoz, Katherine Floyd, Fraser Fowler, Carole Francis, Maria Freire, Uli Fruth, Barry Furr, Giuliano Gargioni, Haileyesus Getahun, Robert Gie, Philippe Glaziou, Richard Godfrey, Peter Godfrey-Faussett, Peter Gondrie, Case Gordon, Jeroen van Gorkom, Mirtha del Granado, Chris Green, Malgosia Grzemska, Juan Pablo Gutierrez, Catherine Hankins, Anthony Harries, Mark Harrington, Motoky Hayakawa, Einar Heldal, Phil Hopewell, Mehran Hosseini, Shri PK Hota, Greg Hussey, Michael Iademarco, Heather Ignatius, Wieslaw Jakubowiak, Ernesto Jaramillo, Amina Jindani, Fabienne Jouberton, Bertrand Kampoer, Tom Kanyok, Stefan Kaufmann, Dana Kissner, Kraig Klautd, Irene Koek, Arend Kolk, Afranio Kritski, Sweetie Prem Kumar, Kitty Lambregts, Barbara Laughon, Robert Loddenkemper, Ernest Loevinsohn, Nguyen Huang Long, Wang Longde, Knut Lönnroth, Michael Luhan, Expedito Luna, Pieter van Maaren, Elizabeth Madraa, Richard Maggi, Dermot Maher, Greg Manning, Robert Matiru, Win Maung, Harriet Mayanja-Kizza, Margaret McIntyre, Ruth Mc Nerney, Helen McShane, Anwar Mehmood, Bess Miller, Fuad Mirzavey, David Moore, Toru Mori, Michelle Munro, Nani Nair, PR Narayanan, Ed Nardell, Eva Nathanson, James Newell, Jintana Ngamvithayapong-Yanai, Wilfred Nkhoma, Vinand Nantulya, PR Narayanan, Lisa Nelson, Yasuhiro Nishijima, Paul Nunn, Austin Obi, Robert Ollar, Francis Omaswa, Gwynne Oosterbaan, Seref Ozkara, Myo Paing, Andrea Pantoja, Will Parks, Thaddeus Pennas, Mark Perkins, Diana Pope, Françoise Portaels, Luis Portal, Erik Post, Gilles Poumerol, Pilar Ramon-Pardo, Mario Raviglione, Steven Reed, Alasdair Reid, Annelies van Rie, Shalu Rozario, Giorgio Roscigno, Jean-Philippe Sac-Epee, Jerold Sadoff, Sumana Sahu, Max Salfinger, Fabio Scano, Marta Schaaf, Jerod Scholten, Harry van Schooten, Syed Karam Shah, Akihiro Seitani, George Shakarishvili, Jarbas Barbosa da Silva Junior, Christine Sizemore, Peter Small, Pilar Mazzetti Soler, Paul Sommerfeld, Bertil Squire, Ger Steenbergen, Billy Stewart, John Stover, Masachi Suchi, Zerihun Tadesse, Sombat Tanprasertsuk, Roberto Tapia, Mart Tayo, Fernanda Teixeira, Arnaud Trébuq, Phyllida Travis, Bernadette Bourdin Trunz, Pervaiz Tufail, Mary Grace Tungdim, Thelma Tupasi, Melanie Vant, Francis Varaine, Andrew Vernon, Anant Vijay, Silvio Waisbord, Fraser Wares, Natalie Waugh, Diana Weil, Brian Williams, Abigail Wright, Xueqiong Wu, Abubakar Yaro, Douglas Young, Ngare Zachary, Richard Zaleskis, Matteo Zignol

## Comité de rédaction

(chargé de la rédaction et de la mise en en forme du présent ouvrage)  
Karen Caines, Irene Koek, Dermot Maher, PR Narayanan, Roberto Tapia

## Equipe restreinte chargée des plans des groupes de travail et des scénarios régionaux

(chargée de la mise au point et de la rédaction des scénarios régionaux et des plans stratégiques des groupes de travail)  
Heidi Albert, Léopold Blanc, Karen Caines, Jane Cunningham, Chris Dye, Katherine Floyd, Uli Fruth, Einar Heldal, Heather Ignatius, Kitty Lambregts, Knut Lönnroth, Dermot Maher, David Moore, Eva Nathanson, Paul Nunn, Andrea Pantoja, Thaddeus Pennas, Mario Raviglione, Alasdair Reid, Annelies van Rie, Giorgio Roscigno, Syed Karam Shah, Bernadette Bourdin Trunz, Brian Williams, Matteo Zignol

## Présidence et secrétariat des groupes de travail

(chargés de superviser pour chacun des groupes de travail les chapitres consacrés aux plans stratégiques)  
Léopold Blanc, Joanne Carter, Jane Cunningham, Gijs Elzinga, Maria Freire, Uli Fruth, Kitty Lambregts, Barbara Laughon, Michael Luhan, Paul Nunn, Giorgio Roscigno, Syed Karam Shah, Thelma Tupasi, Douglas Young

## Secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose

(chargé pour le secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose du chapitre sur le plan stratégique)  
Louise Baker

## Comité directeur

(chargé de diriger la réalisation de l'ouvrage et de superviser le bon déroulement des opérations)  
Edugie Abebe, Olusoji Adeyi, Faruque Ahmed, Nils Billo, Jaap Broekmans, Kenneth Castro, Marcos Espinal, Maria Freire, Phil Hopewell, Irene Koek (chairperson), PR Narayanan, Francis Omaswa, Mario Raviglione, Syed Karam Shah, Roberto Tapia

## Comité de coordination du Partenariat Halte à la tuberculose

(chargé de fournir une aide stratégique à la réalisation de l'ouvrage)  
Jacques Baudouy, Constantin Miaka Mia Bilenge, Nils Billo, Stefaan van der Borgh, Jaap Broekmans, Joanne Carter, Kenneth Castro, Lucy Chesire, Gijs Elzinga, Maria Freire, Catherine Hankins, Shri PK Hota, Irene Koek, Ernest Loevinsohn, Wang Longde, Anwar Mehmood, Toru Mori, Vinand Nantulya, Yasuhiro Nishijima, Francis Omaswa, Mario Raviglione, Giorgio Roscigno, Harry van Schooten, Syed Karam Shah, Jarbas Barbosa da Silva Junior, Peter Small, Pilar Mazzetti Soler, Thelma Tupasi, Douglas Young, Sombat Tanprasertsuk, Roberto Tapia, Fernanda Teixeira

## Assistance administrative et services de secrétariat

Luz Baclig, Isabelle Burnier, Cora Dolores, Winnie De Guzman, Hanan Twal

La réalisation du présent ouvrage a été coordonnée par le secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose sous la supervision générale du Secrétaire exécutif, Marcos Espinal.



## Sigles et acronymes

<b>AFR</b>	Région africaine de l'OMS	<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination
<b>AMR</b>	Région OMS des Amériques	<b>PI</b>	Propriété intellectuelle
<b>AQE</b>	Assurance qualité externe	<b>PNLS</b>	Programme national de lutte contre le SIDA
<b>ARV</b>	Traitement antirétroviral	<b>PNLT</b>	Programme national de lutte contre la tuberculose
<b>BCG</b>	Bacille Calmette-Guérin	<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>BPC</b>	Bonnes pratiques cliniques	<b>PPTE</b>	Pays pauvres très endettés
<b>BPF</b>	Bonnes pratiques de fabrication	<b>PTME</b>	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
<b>BPL</b>	Bonnes pratiques de laboratoire	<b>PVVS</b>	Personne vivant avec le VIH/SIDA
<b>CARP</b>	Crédit à l'appui de la réduction de la pauvreté	<b>QA</b>	Qualité assurée
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique	<b>RD</b>	Recherche-développement
<b>CDMT</b>	Cadre de dépenses à moyen terme	<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>DALY</b>	Années de vie ajustées sur l'incapacité	<b>SCMS</b>	Sensibilisation, communication et mobilisation sociale
<b>DOTS</b>	Traitement sous surveillance directe	<b>SEAR</b>	Région OMS de l'Asie du Sud-Est
<b>DSRP</b>	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté	<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>DST</b>	Test de sensibilité aux antituberculeux	<b>TAN</b>	Test d'amplification nucléaire
<b>EEUR</b>	Région de l'Europe orientale (région épidémiologique de la tuberculose)	<b>TAR</b>	Thérapie antirétrovirale/traitement antirétroviral
<b>ELISA</b>	Titration immuno-enzymatique	<b>TB</b>	Tuberculose
<b>EME</b>	Economies de marché établies	<b>TBCTA</b>	The Tuberculosis Coalition for Technical Assistance
<b>EMR</b>	Région OMS de la Méditerranée orientale	<b>TB-MR</b>	Tuberculose multirésistante (à bacilles multirésistants)
<b>EUR</b>	Région européenne de l'OMS	<b>TDR</b>	Programme spécial UNICED/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
<b>FIND</b>	Foundation for Innovative New Diagnostics	<b>TP</b>	Traitement préventif
<b>G8</b>	Groupe de huit pays : Allemagne, Canada, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Italie, Japon et Royaume-Uni	<b>TSA</b>	Test de sensibilité aux antituberculeux
<b>GAVI</b>	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination	<b>UICTMR</b>	Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires
<b>GDF</b>	Service pharmaceutique mondial	<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>GFATM</b>	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>GLC</b>	Comité Feu Vert	<b>WPR</b>	Région OMS du Pacifique occidental
<b>GLRA</b>	German Leprosy Relief Association		
<b>GTED</b>	Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS		
<b>GTZ</b>	Agence de coopération technique (Allemagne) (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)		
<b>ISAC</b>	Intensification du soutien et de l'action dans les pays		
<b>ITBL</b>	Infection tuberculeuse latente		
<b>KNCV</b>	Ligue antituberculeuse des Pays-Bas		
<b>LAC</b>	Pays d'Amérique latine		
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le développement		
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé		
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies		
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA		
<b>PAL</b>	Approche pratique de la santé respiratoire		



## Avant propos

La tuberculose est l'une des principales maladies infectieuses, responsable de décès, de souffrances et d'appauvrissement. L'ampleur de l'épidémie mondiale de tuberculose exige une action urgente et efficace. Le Partenariat Halte à la tuberculose – service mondial destiné à accélérer l'action sociale et politique en vue d'enrayer la progression de la tuberculose dans le monde – a été fondé en l'an 2000. L'objectif du partenariat est d'éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique et, à terme, d'éliminer la maladie dans le monde. Le Partenariat consiste en un réseau de plus de 400 organisations internationales, pays, donateurs des secteurs public et privé, organisations gouvernementales et non gouvernementales, et particuliers qui se sont investis dans cette cause et collaborent afin d'atteindre l'objectif fixé.

L'une des premières mesures prises par le Partenariat a été la mise en place du Plan mondial Halte à la tuberculose pour 2001–2005. Ce Plan a fourni un programme d'action cohérent permettant de rassembler de nouveaux partenaires, de faire avancer la recherche-développement, et d'obtenir des résultats rapides dans les zones les plus touchées par l'épidémie. Ce premier Plan mondial appelait un effort de grande ampleur, et grâce au Partenariat Halte à la tuberculose de remarquables résultats ont été obtenus : le nombre de malades traités dans le cadre des programmes DOTS a plus que doublé au cours des cinq années, passant de 2 millions en 2000 à plus de 4 millions en 2004. Cette augmentation est due en partie à des dotations plus ambitieuses, les budgets des programmes ayant, eux aussi plus que doublé, passant de US\$ 400 millions en 2002 à plus de 800 millions en 2005. De ce fait, plusieurs pays parmi les plus touchés, notamment l'Inde et la Chine, sont maintenant près d'atteindre la cible fixée de détection de 70 % des cas. De nets progrès ont par ailleurs été obtenus en recherche-développement puisque le nombre de nouveaux produits (outils diagnostiques, médicaments et vaccins) en cours de mise au point n'a jamais été aussi élevé.

Il reste pourtant beaucoup de chemin à faire, et pour atteindre les objectifs ambitieux mais réalistes fixés pour 2015 dans le deuxième Plan mondial, le Partenariat s'appuiera sur les progrès que la mise en œuvre du premier Plan mondial a permis de réaliser. Le deuxième Plan présente les besoins en financement et les mesures à prendre pour les dix prochaines années en vue d'accélérer la mise au point de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose (outils diagnostiques, médicaments et vaccins) et la mise en œuvre au niveau national, afin d'atteindre les objectifs fixés sur le plan international pour faire barrage à la tuberculose. Ceux-ci englobent la cible relative à la tuberculose des objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs du Partenariat pour 2015, lesquels sont liés aux objectifs du Millénaire. Le Plan

a été mis au point dans le contexte des initiatives plus larges du Millénaire en faveur de la réduction de la pauvreté. Ce deuxième Plan, qui s'étendra sur 10 ans, répondra aux besoins à long terme de planification régionale et nationale.

Le Partenariat Halte à la tuberculose est le mieux à même de favoriser la réalisation et la coordination du large éventail de mesures présentées dans le Plan. La force du Partenariat réside dans ses partenaires et dans le bilan des résultats obtenus – résultats dans le domaine de la recherche-développement et dans celui de la fourniture de soins antituberculeux efficaces aux malades qui en ont besoin. Nous sommes certains que tous les partenaires tiendront leur engagement commun de porter à son maximum leur contribution en faveur de la mise en œuvre du Plan. Nous lançons un appel pour que tous ceux qui participent au financement d'activités de lutte contre la tuberculose investissent dans ce Plan. En nous unissant, nous éliminerons la tuberculose et nous apporterons une nouvelle qualité de vie à des millions de personnes.



**Irene KOEK**  
Présidente  
Conseil de Coordination  
Partenariat Halte à la  
tuberculose



**Ernest LOEVINSOHN**  
Président émérite  
Conseil de Coordination  
Partenariat Halte à la  
tuberculose



## Préface

Nous vivons depuis trop longtemps avec la tuberculose. Cette maladie épidémique, qui devrait appartenir au passé, ne cesse de gagner du terrain sur la planète. Bien que le rythme d'extension de la stratégie DOTS ait progressé de manière très satisfaisante, le taux d'incidence de la tuberculose continue à croître de 1 % par an au niveau mondial. Malgré les traitements efficaces et peu coûteux dont on dispose actuellement, on continue à dénombrier annuellement dans le monde 9 millions de nouveaux cas de tuberculose et près de 2 millions de décès dus à la maladie, ce qui constitue un fardeau intolérable de souffrance humaine et un obstacle au développement socio-économique.

Les enjeux sont étroitement liés aux questions économiques, sociétales et d'infrastructures sanitaires. Les réponses apportées par le Plan reflètent cette situation. La tuberculose continue à exister là où règnent la pauvreté, la promiscuité, l'insalubrité, là où la santé est déjà minée par la malnutrition, la co-infection avec le VIH ou d'autres maladies débilitantes.

Le développement sanitaire et les progrès réalisés dans le domaine de la prévention et de la lutte antituberculeuses sont totalement interdépendants. Cette constatation est déterminante pour le Plan. Dans sa démarche pour maîtriser la tuberculose et commencer à inverser la tendance actuelle d'ici 2015 – cible des objectifs du Millénaire pour le développement – le Partenariat contribuera aux efforts pour atteindre un ensemble d'autres objectifs importants du Millénaire pour le développement, et notamment ceux visant à réduire la pauvreté, promouvoir l'égalité des sexes, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies soient disponibles, ceci en coopération avec le secteur privé, et mettre en place un partenariat.

Le consensus qui s'est fait jour sur les orientations du nouveau Plan illustre la force d'un partenariat fructueux. Une finalité claire, associée à un engagement ferme à partager la responsabilité de la réalisation des objectifs à long terme, est essentielle pour la mise en œuvre du Plan. Celui-ci exploite pleinement les outils scientifiques actuels fondés sur des données factuelles et définit les besoins de la recherche ainsi qu'un calendrier pour la mise au point d'outils diagnostiques, de médicaments et de vaccins améliorés et abordables.

L'objectif visé est de donner accès à un diagnostic et un traitement de qualité à tous ceux qui en ont besoin et, à terme, d'assurer une prévention sûre et fiable grâce à la vaccination. De nouveaux médicaments efficaces contre la résistance aux antimicrobiens sont prévus d'ici 2010. Ils rendront possibles des

traitements plus courts et plus commodes, compatibles avec les traitements antirétroviraux contre le VIH. Parallèlement, des tests diagnostiques simples, rapides et sensibles, utilisables par des soignants en milieu rural, devraient devenir disponibles. La première série de nouveaux vaccins sûrs et efficaces est attendue d'ici 2015.

Dans la résolution sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses (WHA 58.14) adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005, les Etats Membres ont exprimé leur accord pour assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes.

Le Partenariat a démontré l'excellence de son travail en établissant le Plan mondial pour la prochaine décennie. L'association d'un partenariat productif et de stratégies efficaces constitue un tremplin pour assurer durablement l'apport de ressources et les progrès nécessaires pour faire barrage à la tuberculose.



**Dr LEE Jong-wook**

Directeur général, Organisation mondiale de la Santé



## Déclaration de soutien

Nous, Ministre de la Santé de la République démocratique du Congo, signataire de cette Déclaration, prenons l'engagement d'appuyer le Partenariat Halte à la tuberculose, car avec 8 millions de cas et 2 millions de décès chaque année, l'épidémie de la tuberculose est l'un des plus importants défis humanitaires pour le développement.

Reconnaissons que le Plan mondial est une estimation complète de l'action et des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs mondiaux fixés pour 2015 et qu'il est une contribution appréciable à l'accomplissement des objectifs du Millénaire pour le développement et, à terme, à la réalisation de la vision d'un monde sans tuberculose.

Rappelons qu'à la Cinquante-Huitième Assemblée Mondiale de la Santé, une résolution en vue du financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses a été adoptée et qu'à cet effet tous les Etats Membres ont été encouragés à prendre l'engagement d'assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire.

Décidons d'apporter notre soutien total et inconditionnel aux différentes mesures nécessaires pour l'implantation du Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015.

Encourageons enfin tous les autres acteurs et partenaires de se joindre à cette initiative importante afin de créer un changement qualitatif et permanent dans le domaine de la lutte contre la tuberculose.



**Emile BONGELI YEIKELO YA ATO**  
Ministre de la Santé, République démocratique du Congo

Le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 présente clairement les activités à mener à bien pour atteindre les objectifs mondiaux du Partenariat Halte à la tuberculose de diminuer de moitié la prévalence de la tuberculose et la mortalité imputable à la maladie d'ici 2015. Le Plan présente une argumentation convaincante, étayée par une rigoureuse analyse épidémiologique et de solides justifications budgétaires, en faveur des ressources qui sont nécessaires pour mener à bien les interventions prévues.

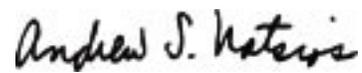
Tout progrès en direction des objectifs fixés pour 2015 constitue un pas en avant vers le grand dessein d'un monde délivré de la tuberculose en 2050. Le Plan servira à stimuler la recherche-développement dans le domaine des nouveaux médicaments, outils diagnostiques et vaccins qui rendront possible la réalisation de ce grand dessein. Reconnaisant la nécessité d'une planification à long terme dans la lutte antituberculeuse, nous apportons notre soutien au Partenariat en aidant à la mise en œuvre du Plan dans le cadre de nos politiques nationales.

L'un des plus importants moyens dont on dispose pour intervenir positivement sur le développement humain est l'élimination d'une maladie évitable. La tuberculose est une maladie de la pauvreté. C'est aussi une maladie qui empêche d'échapper à la pauvreté. Investir dans la lutte contre la tuberculose, c'est donc investir non seulement pour soulager la souffrance humaine due à la tuberculose mais aussi pour réduire la pauvreté. Le Plan mondial Halte à la tuberculose est ainsi un investissement judicieux. C'est pourquoi nous lançons un appel à toutes les nations afin qu'elles mobilisent les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce Plan dans le cadre des investissements destinés à renforcer les systèmes de santé et à améliorer les prestations de soins de santé.

Nous nous sommes engagés à faire barrage à la tuberculose. Grâce au Plan, nous disposons d'un cadre pour la prochaine décennie. Nous soutenons le Plan mondial Halte à la tuberculose et appelons toutes les nations à faire de même.



**Hilary BENN**  
U.K. Secretary of State for  
International Development



**Andrew NATSIOS**  
Administrator, U.S. Agency for  
International Development

## Résumé d'orientation

La somme des souffrances et des pertes économiques causées par la tuberculose est un affront à nos consciences. Il faut agir de toute urgence pour intensifier nos efforts de lutte contre une maladie qui est guérissable et évitable.

En tant que mouvement mondial destiné à accélérer l'action sociale et politique pour enrayer la propagation de la tuberculose, le Partenariat Halte à la tuberculose permet aux organisations internationales, aux pays, aux donateurs (des secteurs public et privé), aux organisations gouvernementales et non gouvernementales, aux associations de malades et aux individus de participer à une campagne collective et concertée de lutte contre la maladie. Mais il est impératif de concevoir un plan pour optimiser l'efficacité et la performance des mesures prises par chacun des partenaires. Le Partenariat a mis au point un Plan mondial couvrant la période 2006–2015, et qui se fonde sur le premier Plan du Partenariat pour 2001–2005.

Dans le cadre des approches stratégiques du Partenariat pour la prochaine décennie, le Plan fixe les activités qui auront un effet sur la charge mondiale de la tuberculose. Il s'agit de réduire l'incidence de la maladie – conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement – et d'atteindre les objectifs du Partenariat pour 2015, à savoir réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux valeurs de référence de 1990. Il faut voir à long terme : le Plan est une étape pour que d'ici 2050 la tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique et pour que l'idéal du Partenariat – un monde sans tuberculose – devienne réalité. Ce Plan détermine les ressources nécessaires pour combattre la maladie en se fondant sur une analyse épidémiologique sérieuse et de solides justifications budgétaires; il met en évidence le besoin de planifier à long terme les opérations aux niveaux régional et national.

Le Plan offre une perspective consensuelle de ce que le Partenariat Halte à la tuberculose peut accomplir d'ici 2015, à condition de disposer des ressources pour appliquer la stratégie Halte à la tuberculose suivant les étapes du Plan. La stratégie résume quels moyens techniques les programmes de lutte antituberculeuse doivent utiliser pour atteindre et maintenir un niveau élevé de détection des cas et de guérison (plus de 70 et 85 % respectivement) afin de réduire la charge de morbidité. Le Plan permettra de stimuler l'engagement politique, le soutien financier, les interventions efficaces, la participation des patients et de la communauté et la recherche-développement – en indiquant le potentiel que peuvent avoir

les nouveaux outils de lutte antituberculeuse en cours de conception (médicaments, diagnostics et vaccins améliorés).

L'élaboration du Plan est basée sur la contribution des sept groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose – extension de la stratégie DOTS ; stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante (TB-MR) ; co-infection TB/VIH ; nouveaux outils diagnostiques ; nouveaux médicaments antituberculeux ; nouveaux vaccins antituberculeux ; sensibilisation, communication et mobilisation sociale – coordonnés par le secrétariat du Partenariat. Ces groupes de travail ont contribué aux deux composantes principales du Plan : 1) scénarios régionaux (prévisions de l'impact escompté et coûts des activités visant à atteindre les objectifs du Partenariat fixés pour 2015 dans chaque région), et 2) plans stratégiques des groupes de travail et du secrétariat.

Réalisations consécutives à la mise en œuvre du Plan :

- L'application de la stratégie Halte à la tuberculose favorisera l'accès universel et équitable à des diagnostics et traitements antituberculeux de qualité.
- Pendant la durée décennale du Plan, quelque 50 millions de personnes seront traitées dans le cadre de la stratégie Halte à la tuberculose, au nombre desquelles environ 800 000 patients atteints de tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) et quelque 3 millions de patients co-infectés par la tuberculose et le virus de l'immunodéficience humaine (TB/VIH) recevront également un traitement antirétroviral (conformément aux plans d'accès universel de l'ONUSIDA).
- Quelque 14 millions de vies seront sauvées entre 2006 et 2015.
- Un nouvel antituberculeux – le premier depuis 40 ans – sera mis en circulation en 2010, avec un nouveau schéma thérapeutique de brève durée (1–2 mois) immédiatement après 2015.
- D'ici 2010, des tests diagnostiques réalisés sur le terrain permettront de détecter la tuberculose-maladie rapidement, efficacement et à moindre frais. D'ici 2012, l'usage d'une trousse diagnostique permettra de détecter avec exactitude les personnes présentant une tuberculose latente et celles pour qui le risque d'évolution vers le stade de la maladie est élevé.
- D'ici 2015, un nouveau vaccin, sûr, efficace et d'un prix abordable sera disponible : selon toute probabilité, il aura un impact considérable sur la lutte antituberculeuse dans les prochaines années.

S'agissant de la réalisation des objectifs, le financement intégral (US\$ 56 milliards) et la mise en œuvre du Plan auront les effets suivants :

- réalisation au niveau mondial de l'objectif du Millénaire pour le développement visant d'ici 2015 à maîtriser la tuberculose et à commencer à inverser la tendance actuelle ;
- réalisation au niveau mondial des objectifs du Partenariat pour 2015, à savoir réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité par rapport aux valeurs de référence de 1990 (il est toutefois probable que les objectifs soient atteints après 2015 en Europe orientale, voire plus tard en Afrique, car la TB-MR et le VIH, respectivement, posent des problèmes particuliers) ;
- sur la durée du Plan, de 2006 à 2015, énormes progrès dans toutes les régions, se caractérisant par une réduction de moitié – ou presque – des taux de prévalence et de mortalité.

Par rapport au premier Plan mondial, le coût total de ce nouveau Plan (US\$ 56 milliards) représente une augmentation des investissements annuels de lutte antituberculeuse de l'ordre du triple. Ce total comprend US\$ 9 milliards pour la recherche-développement et US\$ 47 milliards pour la mise en œuvre des interventions actuelles (plus de US\$ 28 milliards pour les programmes DOTS, auxquels s'ajoutent US\$ 6 milliards pour la stratégie DOTS-plus, US\$ 7 milliards pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, US\$ 3 milliards pour les activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale, et US\$ 3 milliards pour la coopération technique). Sur US\$ 47 milliards, US\$ 44 milliards (94 %) seront dépensés dans les pays, ce qui représente 80 % du coût total du Plan.

Des estimations montrent qu'il manquera US\$ 31 milliards étant donné que si les tendances de financement actuelles se confirment seuls US\$ 25 milliards seront disponibles. Grâce au financement intégral du Plan, il sera possible de mettre en œuvre la stratégie Halte à la tuberculose et d'atteindre les objectifs mondiaux du Partenariat, ce qui nous rapprochera de la vision d'un monde sans tuberculose.

Dans une résolution adoptée par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2005 sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses, tous les pays se sont engagés à assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes pour atteindre

la cible relative à la tuberculose des objectifs du Millénaire pour le développement. Les gouvernements nationaux et les donateurs doivent respecter cet engagement en mobilisant des fonds pour accroître les niveaux actuels de financement et trouver les US\$ 31 milliards manquants.

**Avec de la volonté et de l'argent, tous ensemble, nous pourrons agir et faire barrage à la tuberculose !**



# S'engager

La lutte antituberculeuse dans le monde a progressé, mais il reste beaucoup à faire. S'appuyant sur les progrès déjà enregistrés, le Plan comporte l'engagement à mettre en œuvre une nouvelle stratégie ambitieuse face à la tuberculose. Nous nous engageons à atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés d'ici 2015 et à concrétiser les objectifs du Millénaire pour le développement.

La détermination d'appliquer le Plan jusqu'à son terme suppose la mobilisation de ressources, des efforts accrus et la poursuite d'activités à long terme. La lutte antituberculeuse au niveau mondial n'est pas un sprint, c'est un marathon – les objectifs fixés dans le plan pour 2015 s'inscrivent dans une entreprise à long terme : éliminer la tuberculose d'ici 2050.

Nous nous engageons à promouvoir les idéaux que le Plan incarne et à les transmettre aux générations futures.



# Introduction

## La tuberculose tue et détruit la vie des plus démunis

La tuberculose fait près de 2 millions de morts par an – 5000 par jour – principalement parmi les populations les plus pauvres du monde en développement.

Elle touche des millions d'autres personnes. Environ un tiers de la population mondiale est atteinte de tuberculose, c'est-à-dire souffre d'une infection latente et court donc le risque de contracter ultérieurement la maladie. Près de 9 millions de nouveaux cas apparaissent chaque année. Dès 1993 l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré la tuberculose urgence mondiale.

La tuberculose a de très graves répercussions économiques sur les malades et leur famille en raison des dépenses entraînées par le diagnostic et le traitement, des frais de transport pour se rendre sur le lieu des soins et du temps de travail perdu. Et pourtant la maladie peut être guérie à l'aide de médicaments dont le coût ne dépasse pas US\$ 14 à 18 par patient.

L'interaction entre la tuberculose et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a des effets dévastateurs. La tuberculose est devenue la première cause de mortalité parmi les personnes porteuses du VIH, tandis que l'infection à VIH constitue le facteur de risque le plus important pour qu'une infection tuberculeuse latente se transforme en tuberculose-maladie.

Des traitements inadaptés ont favorisé l'apparition de souches de *Mycobacterium tuberculosis* – le bacille responsable de la tuberculose – résistantes aux associations classiques de médicaments de première intention. La tuberculose multirésistante est maintenant présente dans pratiquement tous les pays du monde.

En dépit de l'importance du problème de santé publique que pose la tuberculose au niveau mondial, le diagnostic et le traitement de la maladie continuent à se faire à l'aide de technologies anciennes et imparfaites. Il est urgent de pouvoir disposer de nouveaux outils – tests diagnostiques, médicaments et vaccins – en particulier là où les épidémies de VIH et de tuberculose multirésistante sont les plus graves.

Le problème déterminant est le niveau encore insuffisant de nos efforts pour faire barrage à la tuberculose.

## Un partenariat pour faire barrage à la tuberculose

De nouvelles technologies sont susceptibles de révolutionner la lutte contre la tuberculose. Mais il est possible d'obtenir dès aujourd'hui des résultats importants dans la plus grande partie du monde en détectant et en guérissant rapidement les personnes atteintes de la forme active de la maladie. Cette approche se situe au cœur de la stratégie de lutte antituberculeuse reconnue sur le plan international – la stratégie DOTS – qui s'est révélée remarquablement efficace. Certains pays d'Asie et d'Amérique latine ont ouvert la voie. Dans d'autres pays, la tuberculose reste une catastrophe appelant des mesures urgentes.

Halte à la tuberculose est un mouvement mondial pour accélérer l'action sociale et politique afin d'enrayer la progression de la tuberculose dans le monde. Le Partenariat Halte à la tuberculose a été fondé en l'an 2000 ; son objectif est de parvenir à éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique et, à terme, d'éliminer la maladie dans le monde. Le Partenariat consiste en un réseau de plus de 400 organisations internationales, pays, donateurs des secteurs public et privé, organisations gouvernementales et non gouvernementales et de particuliers qui se sont investis dans cette cause et collaborent pour d'atteindre l'objectif fixé.

La première mesure prise par le Partenariat a été la mise en place du Plan mondial Halte à la tuberculose 2001–2005, afin de disposer d'un programme d'action cohérent susceptible de rassembler de nouveaux partenaires, faire avancer la recherche-développement et obtenir des résultats rapides dans les zones les plus touchées par l'épidémie de tuberculose.

Le présent document, le deuxième Plan mondial Halte à la tuberculose, s'appuie sur les progrès déjà réalisés. Il a pour but de guider l'action du Partenariat en 2006–2015 afin d'atteindre à la fois la cible concernant la tuberculose des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et les objectifs propres du Partenariat fixés pour 2015, eux-mêmes liés aux objectifs du Millénaire. Le Plan a été mis au point dans le contexte des initiatives plus larges des OMD en faveur de la réduction de la pauvreté.

## Ce qui peut être réalisé d'ici 2015

Le Partenariat du Plan mondial 2006–2015 est ambitieux mais réaliste. Il est étayé par une solide analyse des stratégies, interventions et ressources nécessaires pour la prochaine décennie.

Pour autant que les ressources nécessaires soient mobilisées et que l'engagement politique reste ferme, voici ce qui peut être réalisé d'ici 2015 :

- **Cible OMD** : d'ici 2015 nous aurons atteint la cible des OMD concernant la lutte antituberculeuse : avoir maîtrisé la tuberculose et commencer à inverser la tendance actuelle.
- **Objectifs du Partenariat** : en outre, les propres objectifs ambitieux du Partenariat pour 2015 – réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité par rapport aux valeurs de référence de 1990 – auront été globalement atteints, apportant d'énormes progrès dans toutes les régions.
- **Vies sauvées** : au cours de la période de 10 ans sur laquelle s'étendra le Plan, quelque 14 millions de vies seront sauvées. Environ 50 millions de personnes seront traitées contre la tuberculose dans le cadre d'une nouvelle stratégie Halte à la tuberculose, recommandée par l'OMS et s'appuyant sur la stratégie DOTS. Quelque 800 000 malades atteints de tuberculose multirésistante seront traités et plus 3 millions de personnes atteintes d'une co-infection TB/VIH recevront un traitement antirétroviral.
- **Qualité des soins** : la mise en œuvre de la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose élargira l'accès à un diagnostic et un traitement de qualité pour les patients, les hommes comme les femmes, atteints de toutes les formes de tuberculose, appartenant à toutes les classes d'âge, et issus de toutes les couches socio-économiques.
- **Nouveaux tests diagnostiques** : d'ici 2008, les laboratoires de référence disposeront de nouveaux tests diagnostiques permettant une détection plus rapide de la tuberculose pulmonaire à frottis négatif. D'ici 2010, les niveaux périphériques du système de santé disposeront de nouvelles technologies simples, robustes et d'un coût abordable qui permettront la détection rapide et sensible de la tuberculose-maladie sur le terrain, au premier niveau d'intervention. D'ici 2015, nous disposerons de tests diagnostiques capables non seulement de détecter les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse latente, mais également de repérer celles qui présentent un risque élevé de développer une tuberculose-maladie.
- **Nouveaux médicaments** : le premier nouvel antituberculeux depuis 40 ans sera mis sur le marché en 2010, et en 2015 nous serons sur le point de disposer d'un nouveau schéma thérapeutique qui permettra une guérison en 1 à 2 mois, comparée aux 6 à 8 mois actuels. Le traitement sera efficace contre la tuberculose multirésistante et compatible avec un traitement antirétroviral. A ce moment-là, des essais cliniques de nouveaux traitements de l'infection

tuberculeuse latente seront en cours.

- **Nouveaux vaccins** : d'ici 2015 nous disposerons de la première série de nouveaux vaccins sûrs, efficaces et d'un prix raisonnable, susceptibles d'avoir des répercussions majeures sur la lutte antituberculeuse dans les années à venir.
- **Participation active des malades et des communautés** : des mécanismes auront été mis au point pour que les malades et les communautés interviennent activement à leur niveau dans les soins et la lutte antituberculeuse.
- **Contribution au développement** : la lutte antituberculeuse occupera une place importante dans les programmes politiques et de développement, et les investissements dans la lutte antituberculeuse auront contribué à réduire la pauvreté et à développer les systèmes de santé dans les pays pauvres. La Partenariat Halte à la tuberculose s'est engagé à jouer un rôle actif dans les efforts de collaboration pour renforcer les systèmes de santé et à améliorer l'harmonisation et l'alignement de ses activités.

Les profils régionaux dans la partie II du Plan indiquent comment une utilisation efficace des outils existants fera diminuer de moitié les taux de prévalence et de mortalité d'ici 2015 dans la plupart des régions où se concentre l'épidémie mondiale de tuberculose (Amériques, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental). Ces régions comprennent plusieurs des pays les plus touchés par la tuberculose, comme la Chine, l'Inde et l'Indonésie.

Deux autres régions – Afrique et Europe orientale – enregistrent des progrès semblables au cours du Plan 2006–2015. Cependant, il est possible que les objectifs visés par le Partenariat ne soient atteints qu'après 2015 en Europe orientale, et même plus tard encore en Afrique, du fait que les objectifs à atteindre sont fixés par rapport aux valeurs de référence de 1990. Or, au cours des années 90, la transmission du VIH n'ayant pas été enrayerée, l'Afrique a connu une énorme progression de la tuberculose. Parallèlement, l'éclatement de l'ex-Union soviétique, et les crises économiques qui l'ont accompagné, ont entraîné un relâchement de la lutte antituberculeuse en Europe orientale. Du point de vue de la lutte contre la tuberculose, il s'agit là d'une décennie perdue dans ces deux régions. En août 2005, confrontés à une épidémie au cours de laquelle le nombre annuel de nouveaux cas dans la plupart des pays d'Afrique a plus que quadruplé depuis 1990 et qui continue à faire rage sur tout le continent, tuant plus d'un demi-million de personnes tous les ans, les ministres de la santé africains ont déclaré que la région africaine était en situation d'urgence pour la tuberculose.

De même, en février 2005, conscient que la tuberculose constituait une urgence régionale dans la région européenne de l'OMS, le Directeur régional a demandé à tous les Etats Membres de veiller à ce que la priorité la plus élevée soit accordée à la tuberculose dans les programmes de santé et de développement.

Atteindre les objectifs fixés en Afrique et en Europe orientale d'ici 2015 exigerait d'améliorer massivement les systèmes de santé, de réduire rapidement de moitié l'incidence du VIH et de disposer à bref délai de nouveaux outils pour augmenter la capacité diagnostique, diminuer sensiblement la durée du traitement et prévenir efficacement la transmission de la tuberculose. Or il est peu probable que même un financement additionnel massif ou de plus gros efforts permettraient de réussir à surmonter totalement les obstacles d'ici 2015. Le Plan présente néanmoins un programme d'action énergique pour les prochaines années.

### Mesures à prendre

Le Plan mondial définit un ensemble de mesures à prendre en trois parties :

- **La Partie I** décrit les orientations stratégiques du Partenariat 2006–2015, lesquelles tiennent compte des récents résultats et de la situation actuelle.
- **La Partie II** résume les activités régionales, les coûts et l'impact prévus pour les régions les plus touchées par la tuberculose, d'après un scénario ambitieux mais réaliste. Elle examine aussi les mesures à prendre pour accélérer les progrès en vue de diminuer de moitié les taux de prévalence et de mortalité en Afrique et en Europe orientale.
- **La Partie III** résume les plans stratégiques des groupes de travail et du secrétariat du Partenariat.

Le Plan mondial 2006–2015 s'appuie sur les bases mêmes de la lutte mondiale contre la tuberculose établies au moment de la stratégie DOTS et tire parti de l'accélération des activités de ces cinq dernières années depuis la création du Partenariat. Globalement, il exige d'intensifier davantage encore l'engagement et les efforts pour mettre pleinement en œuvre la nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose fondée sur la stratégie DOTS.

Le Plan nécessitera par ailleurs un financement de US\$ 56 milliards sur 10 ans. Plus de 80 % de ce financement – c'est-à-dire quelque US\$ 44 milliards – sont destinés à l'investissement dans les pays, alors que US\$ 12 milliards

sont nécessaires au niveau mondial pour soutenir la coopération technique fournie par les organismes extérieurs ainsi que la recherche-développement concernant de nouveaux médicaments, vaccins et tests diagnostiques. Un investissement de US\$ 56 milliards permettra de recueillir des dividendes considérables, c'est-à-dire de sauver des vies, de réduire la misère, la pauvreté et la maladie, et d'offrir la perspective de nouveaux médicaments, vaccins et tests diagnostiques puissants.

La réalisation de ces objectifs est à notre portée si nous sommes capables de relever les défis considérables que pose la mise en œuvre du Plan. Nos succès nous stimuleront. Mais, au-delà, chaque succès sera une étape vers l'objectif visionnaire à plus long terme du Partenariat : un monde sans tuberculose.



# Collaborer

Ce Plan est le fruit de la collaboration des quelque 400 partenaires qui constituent le Partenariat Halte à la tuberculose. La réussite du Plan passe obligatoirement par l'élargissement de la collaboration. De nouveaux partenaires seront recrutés dans le secteur de la santé et ailleurs.

L'ensemble des partenaires et le secrétariat du Partenariat doivent veiller à ce que la collaboration soit aussi efficace et dynamique que possible et être par conséquent familiarisés avec des domaines autres que ceux correspondant aux centres d'intérêt spécifiques du Partenariat. Une bonne collaboration requiert la compréhension mutuelle du rôle et des responsabilités de chacun, dont le but ultime est la réalisation des objectifs fixés.

La réussite du Plan dépend de la collaboration de tous les partenaires.



## PARTIE I

# Orientations stratégiques

## 1. BILAN DES RÉALISATIONS 2000–2005 ET DÉFIS À RELEVER POUR 2006–2015

### 1.1 Un Partenariat prospère

Le Partenariat Halte à la tuberculose a construit un réseau efficace pour la promotion et la coordination des contributions d'un nombre croissant de parties prenantes très diverses. C'est un partenariat prospère : le nombre des organisations membres au niveau mondial a dépassé les 400 en 2005 et des partenariats Halte à la tuberculose régionaux et nationaux sont en cours de constitution afin de soutenir l'extension à long terme de la stratégie DOTS au niveau de chaque pays.

*Voir Figure 1 : Structure du Partenariat Halte à la tuberculose*

Le Partenariat est dirigé par un Forum des partenaires et un Conseil de coordination, soutenu par un important secrétariat qui se trouve au Siège de l'OMS. D'importantes réunions de ce Forum ont été organisées avec succès en 2001 et en 2004 pour déterminer les orientations stratégiques et assurer un consensus sur ce qui doit être fait en priorité. Le Conseil de coordination du Partenariat se réunit tous les six mois pour remplir ses fonctions de direction et d'orientation, ainsi que pour suivre l'évolution de la mise en œuvre des politiques, plans et activités du Partenariat.

Pour relever les défis les plus importants que pose actuellement la tuberculose, le Partenariat s'est structuré en sept groupes de travail :

- le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS

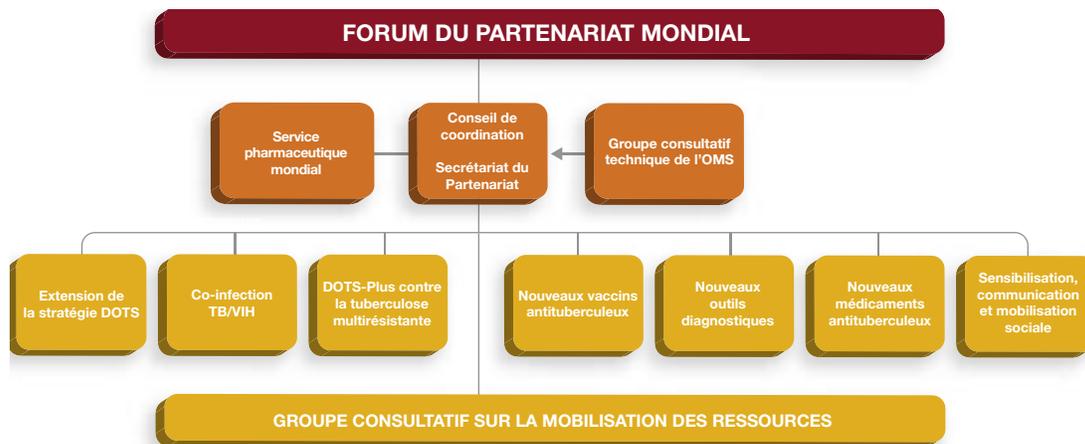
(GTED), constitué de sous-groupes sur notamment le renforcement des capacités de laboratoire, les approches public-privé, la tuberculose de l'enfant et les liens entre tuberculose et pauvreté ;

- le Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante ;
- le Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH ;
- le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose ;
- le Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux ;
- le Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux ;
- le Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale (SCMS).

L'une des grandes forces du Partenariat Halte à la tuberculose est de rassembler à la fois la communauté des chercheurs travaillant sur la tuberculose et les personnes engagées dans la mise en œuvre des programmes. Comme le montre le Plan, leur collaboration efficace est essentielle au développement rapide et à la diffusion des nouveaux outils qui font cruellement défaut.

Dans la structure très simple du Partenariat, les groupes de travail sont les acteurs essentiels de la coordination des activités décidées par le Conseil de coordination. Les plans des groupes de travail et du secrétariat servent de base pour l'adoption de mesures, l'allocation des ressources et la responsabilisation dans le cadre du Plan mondial 2006–2015.

FIGURE 1 : STRUCTURE DU PARTENARIAT HALTE À LA TUBERCULOSE



## 1.2 Réalisations dans le cadre de la lutte mondiale contre la tuberculose depuis 2000

Le Partenariat publiera un rapport complet des progrès réalisés dans le cadre du premier Plan mondial Halte à la tuberculose 2001–2005 à la fin de la période visée par le Plan. Cependant, quelques faits marquants peuvent d’ores et déjà être retenus.

**Evaluation :** comme l’a confirmé une évaluation externe indépendante en 2003, le Partenariat Halte à la tuberculose s’est imposé en un temps très court comme un partenariat public-privé réussi dans le domaine de la santé.

**Coordination et planification :** Le Plan mondial Halte à la tuberculose, mis en place par le Partenariat 2001–2005, a constitué le premier plan d’action intégré pour la mise en œuvre et la recherche et a permis de déterminer les besoins de financement. La plus grande partie des investissements prévus ont été affectés à la mise en œuvre de la stratégie DOTS dans les 22 pays prioritaires qui comptent le plus grand nombre de cas de tuberculose (voir la liste à l’annexe 2). Le Groupe de travail sur l’extension de la stratégie DOTS, en collaboration avec les Groupes de travail DOTS-Plus et l’interaction et la co-infection TB/VIH, a coordonné la mise en œuvre de la stratégie DOTS et ses adaptations. Au niveau national, chacun des 22 pays les plus touchés par la tuberculose a constitué des comités de coordination interinstitutions et mis en œuvre des plans d’extension de la stratégie DOTS.

**Extension de la stratégie DOTS :** DOTS est une stratégie reconnue au plan international, qui fournit les éléments essentiels pour la détection et la guérison de la tuberculose. Il ne s’agit pas d’une simple approche clinique des patients mais bien d’une stratégie de prise en charge à l’intention des systèmes de santé publique, laquelle suppose non seulement un engagement politique mais aussi la détection de la maladie au moyen d’analyses bactériologiques sous assurance qualité, une chimiothérapie de courte durée, la surveillance des

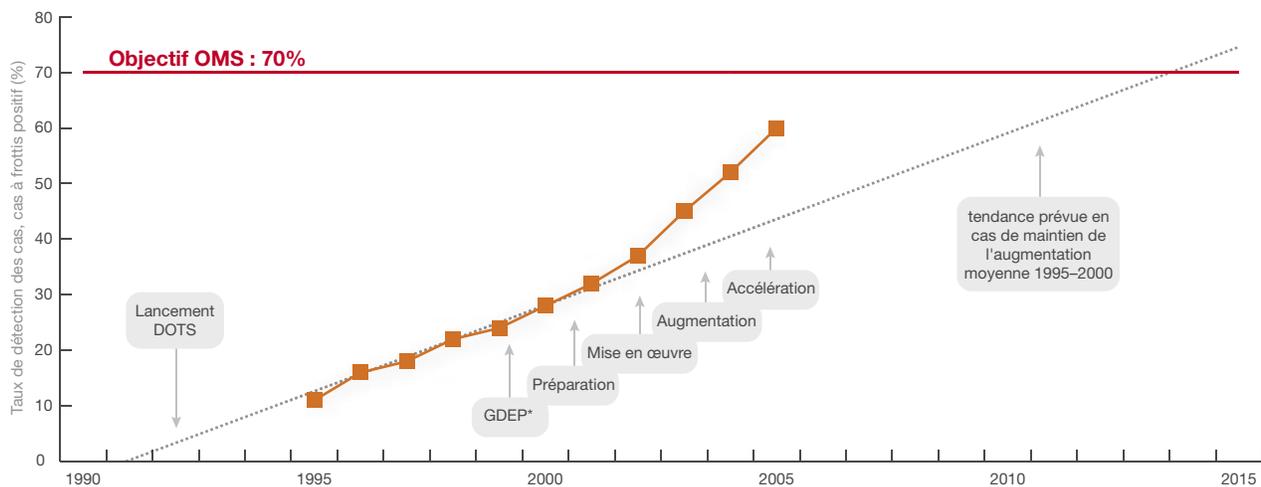
malades pendant leur traitement pour s’assurer qu’ils prennent bien leurs médicaments, un approvisionnement approprié en médicaments et un système de notification et d’enregistrement rigoureux. Le premier Plan mondial 2001–2005 a évalué à US\$ 5 milliards le montant des fonds nécessaires à l’extension de la stratégie DOTS. Dans les faits, environ US\$ 5 milliards ont été mobilisés et effectivement utilisés. A la fin de 2003, plus des trois quarts de la population mondiale vivaient dans des pays qui avaient officiellement adopté la stratégie DOTS. On s’attend à ce que cette proportion dépasse les 90 % à la fin de 2005.

*Voir Figure 2 : Effet de la mise en œuvre du Plan mondial d’extension de la stratégie DOTS sur le taux de détection des cas*

En 2000, le Partenariat a adopté des objectifs pour 2005 fixés par l’Assemblée mondiale de la Santé : détecter 70 % des nouveaux cas infectieux à frottis positif et guérir 85 % des cas détectés. En l’absence de co-infection par le VIH, la réalisation de ces objectifs devrait conduire à une diminution considérable du taux de prévalence de la tuberculose et à un déclin annuel du taux d’incidence de 5 à 10 %.<sup>1</sup> Cet impact épidémiologique attendu a été constaté récemment, par exemple au Pérou, et aussi en Chine, dans les zones où la stratégie DOTS a été mise en œuvre (soit dans la moitié du pays).

Comme le montre la Figure 2, la détection des cas de tuberculose dans le cadre de la stratégie DOTS s’est accélérée ces dernières années grâce à l’adoption du Plan mondial d’extension de la stratégie DOTS. Les cas de tuberculose notifiés dans le cadre des programmes DOTS en 2003 représentaient 45 % des nouveaux cas infectieux à frottis positif estimés. Une confirmation de cette tendance à la hausse conduirait à un taux de détection de 60 % en 2005 – un chiffre en deçà de l’objectif de 70 % mais qui constitue néanmoins une nette amélioration par rapport au taux de détection de 27 % que l’on observait lors du lancement du premier Plan mondial Halte à la tuberculose. Le taux de succès thérapeutique chez les patients qui suivaient le traitement sous DOTS en 2002 était en moyenne de 82 %, donc

**FIGURE 2 : EFFET DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN MONDIAL D'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS SUR LE TAUX DE DÉTECTION DES CAS**



Note: La valeur pour 2005 est une prévision basée sur les activités et les tendances actuelles.

\* Plan mondial d'extension de la stratégie DOTS

susceptible d'atteindre l'objectif de 85 % en 2005, comme on l'espère. Cependant, le taux de succès thérapeutique demeure largement en dessous de la moyenne dans les régions africaine (73 %) et européenne (76 %) de l'OMS.

**Amélioration de l'appui technique :** grâce à l'importance des ressources allouées à la lutte antituberculeuse par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les banques et les donateurs bilatéraux, de nouveaux mécanismes coordonnés ont été créés pour instaurer une coopération technique. Leur objectif est d'améliorer l'efficacité du soutien technique, et de mettre en place le noyau de ressources humaines qui permettra d'instaurer une coopération technique et de promouvoir l'échange de connaissances entre les pays gravement touchés par la tuberculose. Le but est d'améliorer les moyens techniques afin de faire un meilleur usage des nouveaux fonds et ainsi accélérer l'extension de la stratégie DOTS vers les objectifs de 2005.

**Approvisionnement en médicaments :** le Service pharmaceutique mondial (GDF), mis en place par le Partenariat, a fourni un traitement à plus de 4,5 millions de patients et permis une amélioration de la qualité des traitements antituberculeux et une réduction de leur coût. En outre, le Comité Feu Vert (GLC) facilite l'accès aux médicaments de seconde intention actifs contre la tuberculose multirésistante ainsi que leur utilisation rationnelle. Il a obtenu des réductions de 95 % du prix de certains médicaments de seconde intention. Pour lutter contre un mauvais usage de ces médicaments, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a choisi le Comité Feu Vert à qui sont confiés l'achat des médicaments de seconde intention et le suivi des projets approuvés. Le Comité Feu Vert et GDF fusionnent actuellement dans le cadre d'un programme échelonné.

**Tuberculose multirésistante :** on appelle tuberculose multirésistante (TB-MR) la forme de la maladie qui résiste à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments antituberculeux les plus efficaces. Des projets ont montré qu'il était possible de prendre en charge efficacement la tuberculose multirésistante, même avec des ressources limitées. Grâce aux financements supplémentaires dont a bénéficié la lutte contre cette forme de la maladie, le nombre des pays qui mettent en œuvre la stratégie DOTS-Plus a rapidement augmenté. En juillet 2005, on comptait 36 projets pilotes DOTS-Plus dans 27 pays traitant plus de 10 000 patients atteints de tuberculose multirésistante.<sup>2</sup>

**Interaction et co-infection TB/VIH :** le Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH a publié un ensemble de documents d'orientation essentiels sur les stratégies et les politiques à adopter, afin d'aider les pays à mettre en œuvre et à superviser les activités concertées de lutte contre la co-infection TB/VIH.<sup>3</sup> Les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ont peu collaboré jusqu'à présent, mais bon nombre d'entre eux commencent à adopter des éléments de la politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH mise en place par l'OMS. En 2003, 29 des 41 pays déplorant le plus grand nombre de cas de co-infection TB/VIH disposaient d'une politique nationale de collaboration pour combattre cette co-infection et 16 avaient mis en place un organisme de coordination.

**Nouveaux tests diagnostiques :** la création en 2001 du Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose a permis de mettre en place une plate-forme spécialisée dans la mise au point de nouveaux outils de diagnostic. Le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque

mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) et la Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) ont permis de sélectionner des technologies prometteuses et de lancer une série de nouveaux produits très intéressants, bénéficiant d'un soutien et/ou soumis à des essais sur le terrain. Actuellement 15 nouveaux tests diagnostiques sont en cours d'élaboration. Dans le même temps, des outils tels que des banques d'échantillons et de souches ont été mis à la disposition des chercheurs.

**Nouveaux antituberculeux :** avec le soutien du Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux et de l'Alliance mondiale pour la mise au point de médicaments antituberculeux, on dispose maintenant d'un nouvel ensemble coordonné de composés prometteurs, dont certains sont susceptibles de devenir les médicaments de base de la lutte contre la tuberculose, et pourront même, à l'avenir, contribuer à son élimination. Il y a aujourd'hui 27 antituberculeux en préparation, à des stades différents de recherche et de développement – du stade de la découverte récente à celui des tests cliniques. Ce progrès remarquable est le résultat de la collaboration déterminante entre les partenaires publics et privés, qui a eu des effets très favorables aussi bien sur les connaissances scientifiques et cliniques de l'industrie, que sur le secteur de la santé publique et les laboratoires universitaires à travers le monde.

**Nouveaux vaccins antituberculeux :** en 2000, le Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux a saisi les possibilités historiques de mise au point de nouveaux vaccins antituberculeux qu'offrent les nouvelles techniques de manipulation génétique des mycobactéries et l'achèvement du séquençage du génome de *M. tuberculosis*. En 2005, cinq nouveaux vaccins candidats étaient dans leur première phase d'essai et trois autres allaient être testés sous peu. Les investissements stratégiques importants consentis par des donateurs et des fondations pour soutenir Aeras Global TB Vaccine Foundation ont été déterminants pour ce succès.

**Sensibilisation et financement :** la sensibilisation au problème de la tuberculose a progressé au niveau mondial et, dans de nombreux pays, les actions de sensibilisation et de communication ont visé à inciter les politiques à mettre la tuberculose à l'ordre du jour. Un soutien politique et financier accru aux activités ébauchées dans le premier Plan mondial Halte à la tuberculose 2000–2005 a permis de faire reculer la tuberculose partout dans le monde. Des expressions de soutien en faveur des objectifs de la lutte antituberculeuse et d'un financement à la hauteur des enjeux ont été formulées dans des communiqués du G8 (2000 et 2005), dans une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (2005), dans une déclaration du Comité régional OMS de l'Afrique – qui a proclamé le continent en situation d'urgence pour la tuberculose – dans une déclaration de la Commission Macroéconomie et Santé (2001) et dans des communiqués officiels de haut niveau émanant de Nelson Mandela, de l'Union africaine et de la Commission pour l'Afrique. On a constaté une augmentation substantielle des fonds mis à disposition pour la lutte contre la tuberculose depuis 2002. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme joue à

présent un rôle majeur dans le financement de la lutte contre la tuberculose, contribuant à hauteur de plus d'un tiers du budget de nombreux pays parmi les plus affectés.

### 1.3 La tuberculose aujourd'hui<sup>4</sup>

Il y a huit régions épidémiologiques de la tuberculose (Figure 3).<sup>5</sup> Les pays de la région englobant les économies de marché établies (EME) et l'Europe centrale ont des niveaux comparables de revenus élevés par habitant et un taux d'incidence de la tuberculose faible. C'est pourquoi le Plan se concentre principalement sur les sept autres régions : les pays d'Afrique ayant une prévalence élevée du VIH, (AFR, prév. du VIH élevée), les pays d'Afrique ayant une faible prévalence du VIH (AFR, prév. du VIH faible), la région des Amériques (AMR) – pays d'Amérique latine (LAC), l'Europe orientale (EEUR), la région de la Méditerranée orientale (EMR), la région de l'Asie du Sud-Est (SEAR) et la région du Pacifique occidental (WPR). Il importe cependant que les économies de marché établies et l'Europe centrale continuent de maintenir et de renforcer leurs programmes de lutte contre la tuberculose.

En 2003, 8,8 millions de nouveaux cas de tuberculose ont été enregistrés, parmi lesquels 3,9 millions à frottis positif ; 674 000 patients souffraient d'une co-infection TB/VIH. Au total, le nombre de personnes atteintes de tuberculose s'élevait à 15,4 millions, dont 6,9 millions à frottis positif. On estime à 1,7 million le nombre de personnes décédées de la tuberculose, dont 229 000 co-infectées par le VIH.

*Voir Figure 4 : Taux d'incidence estimée de la tuberculose, 2003*

Alors qu'on relève des taux d'incidence de la tuberculose stables ou en diminution dans toutes les régions à l'exception de l'Afrique, les derniers chiffres disponibles (2003) montrent que le taux d'incidence mondiale a augmenté de 1 % depuis 2002. Cette hausse, plus lente qu'au cours des années précédentes, reste néanmoins alarmante. Elle est en grande partie due à l'augmentation des taux en Afrique, aggravée par l'épidémie de VIH et par une situation sociale et économique défavorable. En Europe orientale,<sup>6</sup> le taux d'incidence a augmenté durant les années 90, période où les inégalités sociales et la détérioration des systèmes de santé publique se sont amplifiées. Ce taux a culminé vers 2001 pour légèrement diminuer ensuite. L'augmentation de l'incidence mondiale ne ralentit que parce que l'épidémie de VIH ralentit en Afrique.

Du point de vue de la distribution mondiale de la charge de la tuberculose, la région de l'Asie du Sud-Est déclarait 35 % de la totalité des cas en 2003, la région africaine 24 % et la région du Pacifique occidental 22 %. Les 22 pays gravement touchés par la tuberculose concentrent environ 80 % de tous les nouveaux cas estimés chaque année. La Chine et l'Inde à elles seules en comptabilisent 35 %. Le pays le plus touché par la tuberculose, l'Inde, est également celui où les progrès les plus spectaculaires sont observés en ce qui concerne l'extension de la stratégie DOTS. Grâce à une récente accélération du développement du traitement sous DOTS, la Chine prévoit de parvenir à une couverture de l'ensemble du pays en 2005.

## PARTIE I : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Bien que le taux d'incidence mondiale continue d'augmenter lentement, les taux de prévalence et de mortalité reculent. L'OMS a calculé que l'extension entre 1990 et 2003 de la stratégie DOTS qu'elle recommande a entraîné une baisse du taux de prévalence mondiale de 309 à 245 pour 100 000 (en comptant les patients VIH-positifs), dont une diminution de 5 % entre 2002 et 2003.

*Voir Figure 5 : Prévalence estimée de l'infection à VIH chez les personnes atteintes de tuberculose, 2003*

Le taux de mortalité mondiale due à la tuberculose a culminé dans les années 90. Entre 2002 et 2003, il a chuté de 2,5 % au total, et de 3,5 % parmi les patients VIH-négatifs. Si ce n'étaient les tendances fortement défavorables en Afrique, les taux de prévalence et de mortalité diminueraient beaucoup plus vite dans le monde entier.

Plusieurs régions du monde font face à de graves épidémies de tuberculose multirésistante qui menacent la lutte contre la maladie et se traduisent par de faibles taux de guérison. Selon de nouvelles estimations, il y aurait un demi-million de cas de tuberculose multirésistante chaque année, en prenant en compte les nouveaux cas et les cas qui ont déjà été traités. Les prévalences les plus fortes ont été observées en Europe orientale et dans certaines provinces de Chine. Cependant, la plupart des régions font état d'un ou de plusieurs pays où le taux de prévalence de la tuberculose multirésistante chez les nouveaux cas est de 5 à 6 %. La résistance aux médicaments est également plus forte en Europe orientale que dans les autres régions. Par exemple, 50 % des cas de tuberculose multirésistante détectés dans ces pays résistent aux quatre médicaments de première intention, alors que ce taux n'est que de 12 % dans le reste

du monde. Bien que la surveillance de la maladie ne soit pas encore normalisée, on relève que de nombreux pays d'Europe orientale enregistrent également des taux élevés de résistance aux médicaments de seconde intention.

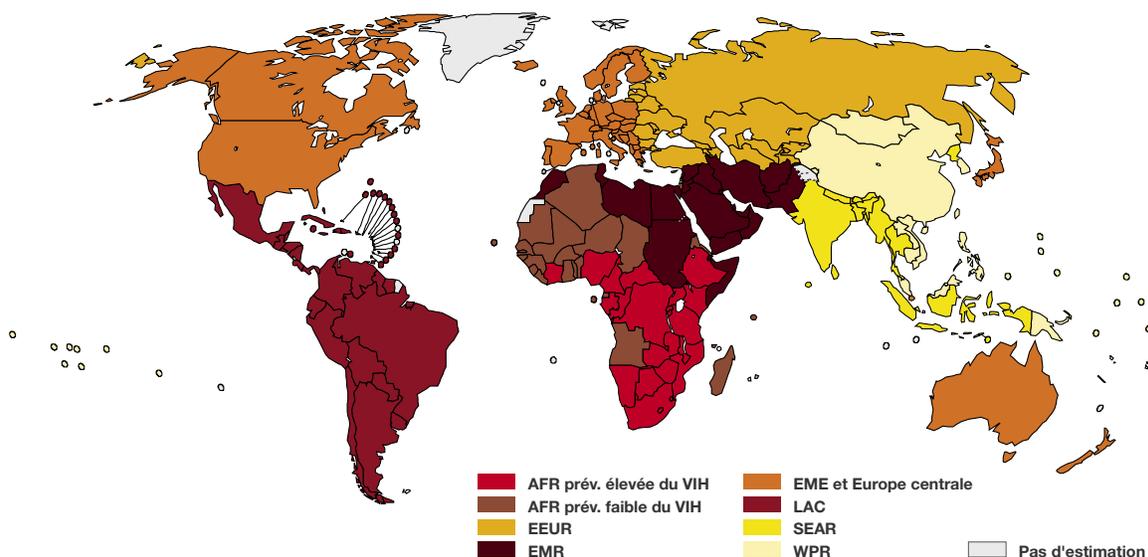
### 1.4 Les défis à relever

En dépit des progrès réalisés ces dernières années, d'énormes obstacles restent à franchir pour assurer un accès équitable à des services DOTS de qualité et ainsi atteindre les objectifs de la lutte contre la tuberculose :

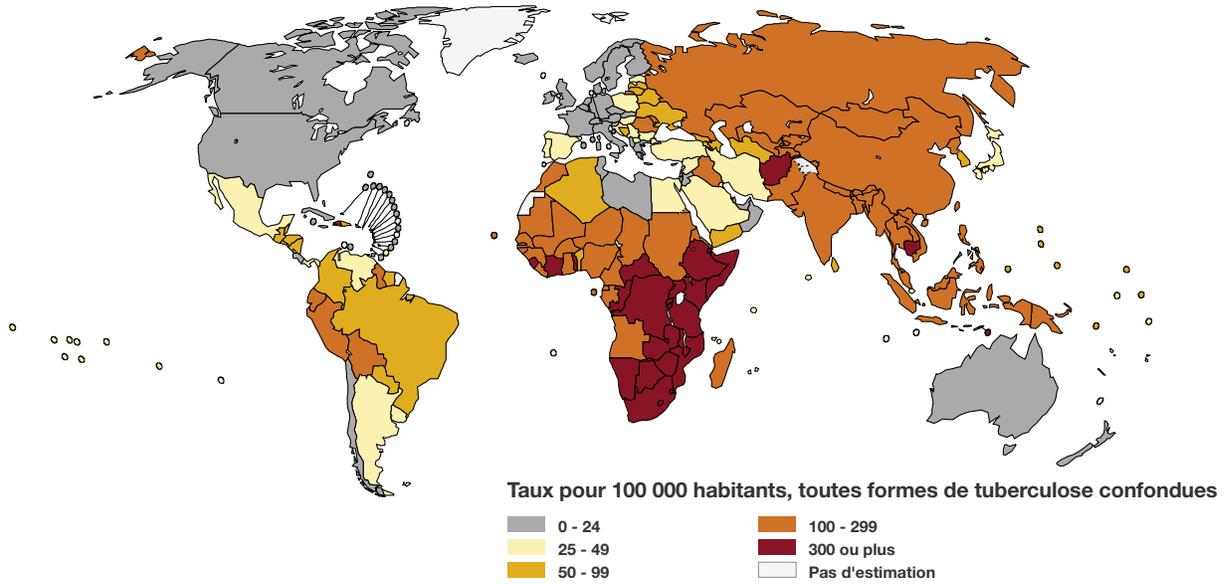
**L'élargissement rapide de la couverture DOTS exige de plus en plus de ressources en gestion programmatique, surveillance et contrôle de la qualité.** De nombreux pays éprouvent des difficultés à répondre à ces besoins en raison de la faiblesse générale des systèmes de santé, du manque de ressources humaines, de financement et, en dernier ressort, de volonté politique. Cette situation est exacerbée par le fait que les gouvernements doivent renforcer en même temps leur action face à d'autres priorités sanitaires, comme le VIH/SIDA ou le paludisme. La planification et la mise en œuvre des programmes DOTS dans des pays où les taux de VIH ou de TB-MR sont élevés requièrent des compétences et des ressources importantes pour la collaboration interinstitutions, la gestion programmatique, la surveillance, le suivi et l'évaluation.

**Il est urgent de disposer de nouveaux outils** permettant d'accroître la rapidité et l'exactitude du diagnostic de la tuberculose et d'améliorer l'efficacité du traitement et d'en réduire la durée. Les progrès ont été spectaculaires, mais des

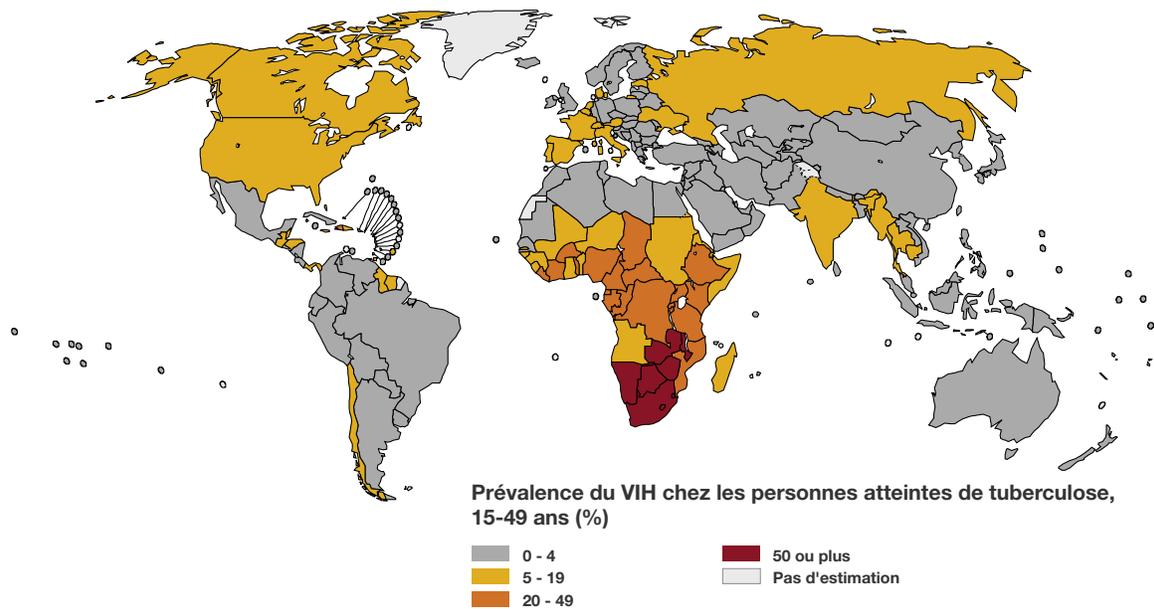
**FIGURE 3 : LES HUIT RÉGIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA TUBERCULOSE**



**FIGURE 4 :** TAUX D'INCIDENCE ESTIMÉE DE LA TUBERCULOSE, 2003



**FIGURE 5 :** PRÉVALENCE ESTIMÉE DE L'INFECTION À VIH CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE, 2003



investissements à grande échelle seront encore nécessaires pour que les nouveaux outils à divers stades de mise au point deviennent enfin disponibles.

**Le VIH reste l'un des principaux obstacles** aux efforts déployés pour atteindre les objectifs de la lutte mondiale contre la tuberculose. En 2003, les programmes nationaux antituberculeux indiquaient que peu de patients avaient subi un test de dépistage du VIH, qu'un nombre encore moins élevé s'était vu offrir un traitement antirétroviral (ARV), et qu'une partie infime seulement avait effectivement commencé un traitement de ce type. Même au Brésil, où l'on peut se procurer gratuitement un traitement antirétroviral dans le secteur public, seule la moitié des patients déclarés comme tuberculeux avait subi un test de dépistage du VIH en 2003.

**La tuberculose multirésistante menace les avancées potentielles des programmes DOTS.** Bien que l'élargissement progressif de la mise en œuvre de la stratégie DOTS favorise la prévention de nouveaux cas de résistance aux médicaments, l'extension de programmes DOTS-Plus efficaces est primordiale pour éliminer les cas résistants qui contribuent à l'épidémie mondiale de tuberculose. Trop rares sont les pays qui disposent de politiques nationales pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose multirésistante. Et, lorsque c'est le cas, les traitements n'atteignent souvent pas un niveau de qualité acceptable.

**L'accès à des services de qualité reste inéquitable dans de nombreux pays.** Il est particulièrement difficile aux habitants des zones rurales reculées de bénéficier de services, sauf si ceux-ci sont fortement décentralisés. Les plus démunis ont en général beaucoup de mal à y accéder en raison des coûts directs et indirects qu'entraînent les soins. Nombre d'entre eux sont pris au piège de la maladie-pauvreté où les enferme le coût très élevé des soins de santé. Offrir aux plus défavorisés des services abordables et de qualité pose des difficultés, que ces services soient destinés aux populations rurales géographiquement isolées ou aux populations urbaines pauvres, toujours plus nombreuses – habitants des bidonvilles, sans-abri, migrants. Elaborer des stratégies adaptées aux démunis exigera une approche large associant les communautés, la société civile, les organisations non gouvernementales et tous les dispensateurs de soins de santé.

**La prise de conscience du danger que pose la tuberculose reste limitée.** L'ostracisme lié à la maladie et le manque de connaissances sur la disponibilité et l'efficacité des services de lutte antituberculeuse contribuent à la sous-utilisation de ces services et aux coûts sociaux de la maladie. Là où des services de qualité sont disponibles et véritablement accessibles, il est indispensable de mettre en place des stratégies de communication pour sensibiliser l'opinion publique à la tuberculose, mieux faire connaître les services et traitements existants et combattre la stigmatisation. Une sensibilisation insuffisante de l'opinion publique à la tuberculose dans les pays où le taux d'incidence de la maladie est faible est un obstacle

à la collecte de dons pour lutter contre la tuberculose dans les pays où l'incidence est élevée ou moyenne.

**Dans la plupart des pays, de larges pans du système de santé ne participent toujours pas à la mise en œuvre de la stratégie DOTS.** De nombreux dispensateurs de soins de santé publics et privés n'ont pas recours à une approche reposant sur des données factuelles pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose. Cette situation est à l'origine de divers dysfonctionnements : surdiagnostics, non-détection de la maladie ou retard de diagnostic, mauvais résultats thérapeutiques, résistance aux médicaments et gaspillage des ressources (y compris de celles des malades qui effectuent des paiements directs). A l'avenir, tous les dispensateurs de soins de santé participant aux activités de diagnostic et de traitement de la tuberculose devraient appliquer les nouvelles Normes internationales pour les soins antituberculeux.<sup>7</sup>

**Le maintien du financement n'est pas encore assuré.** Bien que les fonds disponibles pour la lutte mondiale contre la tuberculose aient augmenté durant ces dernières années, la mobilisation des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de ce Plan mondial continuera à représenter un défi pour le Partenariat. Le déficit de financement existant et l'incertitude concernant le financement à venir gênent la planification et la mise en œuvre des programmes consacrés à la recherche comme au traitement. Par exemple, des chiffres récents indiquent qu'il manquait environ 20 % du financement nécessaire à l'extension de la stratégie DOTS pour 2004 et 2005. En 2005, une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé à un financement durable de la lutte contre la tuberculose.<sup>8</sup>

## 2. ATTEINDRE LES OBJECTIFS : MESURES À PRENDRE

### 2.1 Ambition, mission et objectifs du Partenariat

Le Partenariat Halte à la tuberculose a une ambition, une mission et des objectifs clairs et cohérents.

#### Ambition

Le grand dessein du Partenariat Halte à la tuberculose est un monde sans tuberculose.

#### Mission

La mission du Partenariat consiste à :

- veiller à ce que toutes les personnes atteintes de tuberculose aient accès à un diagnostic et à un traitement efficaces pour guérir ;
- enrayer la transmission de la tuberculose ;
- réduire la charge sociale et économique inéquitable de la tuberculose ;
- mettre au point et appliquer de nouveaux outils et stratégies de prévention, de diagnostic et de soins pour faire barrage à la tuberculose.

## Objectifs

Le Partenariat s'est fixé les objectifs suivants :

- **Pour 2005, et à maintenir ou dépasser pour 2015 :** détecter (grâce à la stratégie DOTS) 70 % au moins des personnes atteintes de tuberculose infectieuse et en guérir au moins 85 %.
- **Pour 2015 :** réduire la charge mondiale de la tuberculose (prévalence de la maladie et mortalité) de 50 % par rapport aux valeurs de référence de 1990. Ceci signifie en particulier ramener la prévalence à un taux maximum de 155 pour 100 000 habitants et la mortalité à un maximum de 14 ou moins pour 100 000 par an d'ici 2015, en prenant en compte les personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH. Le nombre des décès dus à la tuberculose doit tomber sous la barre de 1 million en 2015.
- **Pour 2050 :** éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique mondial. Sur la base du critère d'élimination de la tuberculose adopté aux Etats-Unis d'Amérique, ceci signifie que l'incidence mondiale de la tuberculose doit être inférieure à 1 pour 1 million de personnes.

En outre, le Partenariat s'est engagé à atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement concernant la tuberculose (objectif 6, cible 8) : avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015 ; autrement dit le taux d'incidence de toutes les formes de tuberculose doit baisser d'ici 2015.

Ces objectifs comprennent des buts à court terme visant des processus liés à la mise en œuvre de la stratégie DOTS, ainsi que des cibles d'impact épidémiologique pour 2015, liées aux indicateurs définis dans la cible 8 de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement.<sup>9</sup> Ces cibles d'impact requièrent, pour être atteintes, des progrès continus dans la mise en œuvre au niveau mondial. Les programmes de lutte nationaux doivent atteindre au moins 70 % de détection des nouveaux cas et 85 % de succès thérapeutique, mais il leur faut aussi mettre en œuvre l'éventail plus large d'activités décrites dans le Plan mondial. Les résultats constitueront un pas important vers l'objectif à long terme du Partenariat d'éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique mondial d'ici 2050.

## 2.2 Orientations stratégiques et objectifs du Partenariat

### Orientations stratégiques du Partenariat

Afin d'accélérer les progrès, les **deux stratégies** du Partenariat pour les dix prochaines années vont consister à accélérer le développement et l'utilisation de nouveaux outils et à mettre en œuvre une nouvelle stratégie Halte à la tuberculose recommandée par l'OMS, basée sur la stratégie DOTS et incorporant les Normes internationales pour les soins antituberculeux.

Les résultats des études analytiques de modélisation qui sous-tendent le Plan confirment que ces deux axes de travail seront essentiels à la réussite complète du projet. Ces études semblent indiquer, par exemple, que l'utilisation optimale des outils

existants décrite dans le Plan permettra d'atteindre les objectifs pour 2015 dans les pays les plus touchés par la tuberculose, y compris la Chine et l'Inde, mais que de nouveaux outils seront nécessaires pour atteindre ces mêmes objectifs en Afrique et en Europe orientale. La condition préalable à la réalisation de l'ambition à plus long terme d'éliminer la tuberculose sera de disposer de nouveaux outils efficaces. L'OMS a calculé qu'avec le taux moyen de déclin de l'incidence de la tuberculose prévu dans le Plan mondial 2010–2015, le taux d'incidence restera 100 fois supérieur à l'objectif d'élimination de 1 pour 1 million de personnes. Nous ne parviendrons pas à éliminer la tuberculose sans une nouvelle technologie, probablement un traitement de masse de l'infection latente ou une vaccination de masse.

Faire barrage à la tuberculose n'est pas un sprint mais plutôt un marathon, étant donné le long cycle de la maladie. Puisqu'un tiers de la population mondiale est déjà infectée par une forme latente de la maladie, même si l'on pouvait mettre fin à la transmission demain, il faudrait malgré tout s'attendre à ce que quelque 100 millions de personnes contractent la tuberculose au cours de leur vie. Une personne infectée pendant l'enfance court un risque réel de développer la maladie durant sa vieillesse, lorsque la baisse de l'immunité due à l'âge permet un réveil infectieux. Mais le défi qui se pose est bien plus grand puisque la transmission de la maladie n'est pas encore endiguée. Un engagement à long terme ainsi qu'un financement durable, lui aussi à long terme, sont les conditions incontournables de notre succès.

### Objectifs du Partenariat

Pour nous permettre d'accomplir notre mission et de réaliser notre ambition, les **objectifs** suivants ont été fixés :

- Promouvoir une utilisation plus large et plus judicieuse des stratégies existantes destinées à enrayer la transmission de la tuberculose, par :
  - un plus large accès à un diagnostic fiable et à des traitements efficaces grâce à l'accélération de la mise en œuvre de la stratégie DOTS pour atteindre les objectifs mondiaux de la lutte antituberculeuse ; et
  - un plus large accès à des médicaments antituberculeux de qualité, rendus plus accessibles et plus abordables.
- Concevoir des stratégies pour résoudre les problèmes posés par les menaces émergentes en adaptant le traitement DOTS pour prévenir et maîtriser la tuberculose multirésistante et réduire l'impact de la co-infection TB/VIH.
- Accélérer l'élimination de la tuberculose :
  - en stimulant la recherche-développement concernant de nouveaux tests diagnostiques, médicaments et vaccins ; et
  - en favorisant l'adoption de nouveaux outils améliorés qui doivent être utilisés de manière appropriée et rester accessibles et d'un coût abordable.

Le Plan mondial 2006–2015 du Partenariat Halte à la tuberculose a adopté la stratégie de lutte antituberculeuse recommandée par l'OMS (encadré 1). Cette stratégie de lutte mondiale contre

la tuberculose constitue un grand dessein, à la fois global et fédérateur, qui tient compte des exigences posées par les droits humains et du renforcement des systèmes de santé.

Le reste de la présente section souligne les principales approches à adopter pour atteindre les objectifs du Partenariat. Des résumés des plans de chacun des groupes de travail et du plan du secrétariat du Partenariat sont décrits dans la Partie III.

### 2.3 Promouvoir une utilisation plus large et plus judicieuse des stratégies existantes de lutte contre la tuberculose

#### Améliorer l'accès à un diagnostic exact et un traitement efficace grâce à la stratégie DOTS

Le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS donne une orientation pour la mise en œuvre des activités : il fournit une aide aux pays pour leur permettre d'améliorer l'accès à un traitement DOTS de qualité et jette les bases de la mise en œuvre des activités du Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante et du Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH.

Les travaux de ces trois groupes de travail sont de plus en plus convergents. Avant la fin du Plan, le Partenariat réexaminera la structure des groupes de travail afin de mieux l'adapter aux besoins du moment. Le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS ouvrira également la voie à l'adoption rapide des nouveaux outils bientôt disponibles grâce aux efforts des Groupes de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose, sur les nouveaux antituberculeux et sur les nouveaux vaccins antituberculeux. Pour ses activités menées au niveau des pays, le Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale s'appuiera sur le plan d'extension de la stratégie DOTS.

Les 22 pays les plus touchés qui, à eux seuls, représentent 80 % de la charge mondiale de la tuberculose, resteront la priorité du Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS. Le Groupe accordera une assistance technique accrue à ces pays, et une présentation détaillée des travaux figurera dans le rapport annuel de l'OMS sur la lutte mondiale contre la tuberculose. En outre, maintenant que l'on dispose de la liste des pays les plus touchés par la tuberculose, il sera possible de lancer une campagne en faveur de l'intensification des efforts et de l'accroissement des ressources pour la lutte antituberculeuse.

#### ENCADRÉ 1 : STRATÉGIE RECOMMANDÉE PAR L'OMS POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE

##### LES SIX ÉLÉMENTS CLÉS

1. **Poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité**, en améliorant la détection et le traitement grâce à une approche efficace centrée sur le patient, afin d'atteindre tous les malades, notamment les plus démunis.
2. **S'atteler aux problèmes de la co-infection TB/VIH et de la tuberculose multirésistante, et aux autres difficultés existantes**, en renforçant la collaboration pour les activités de lutte contre la co-infection TB/VIH et en intensifiant la stratégie DOTS-Plus et les autres approches appropriées.
3. **Contribuer au renforcement des systèmes de santé** avec la collaboration d'autres programmes de santé et d'autres services généraux, par exemple en mobilisant les ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre d'activités et à l'évaluation de leur impact, et en mettant en commun et en appliquant toutes les méthodes de lutte antituberculeuse ayant donné de bons résultats.
4. **Faire participer tous les dispensateurs de soins de santé**, qu'ils soient publics, non gouvernementaux ou privés, en renforçant les approches basées sur la coopération public-privé afin d'assurer le respect des Normes internationales pour les soins antituberculeux.
5. **Inciter les personnes atteintes de tuberculose et les communautés touchées par la maladie** à exiger un traitement efficace et à contribuer à sa réussite. Ceci suppose d'intensifier les soins antituberculeux au niveau communautaire, de susciter une demande grâce à une action ciblée de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale auprès de la population, et de soutenir l'élaboration d'une charte du patient tuberculeux.
6. **Encourager la recherche et lui donner les moyens** de mettre au point de nouveaux médicaments, tests diagnostiques et vaccins. La recherche sera également mise à contribution pour rendre les programmes plus performants.

Sur la période 2006–2015, le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS aidera les pays à mettre en œuvre les activités interdépendantes suivantes :

- mettre en place une **couverture complète de services DOTS de base**, de façon à ce que, d'ici 2010, tous les services de santé publique dans tous les pays suivent la stratégie DOTS pour le traitement de la tuberculose. Certains pays ne fournissent pas encore de traitements sous DOTS gratuits aux personnes atteintes de tuberculose pulmonaire à frottis négatif ou de tuberculose extrapulmonaire ou aux enfants tuberculeux. En outre, tous les pays devront faire en sorte que l'examen microscopique des frottis et autres tests à visée diagnostique soient effectués gratuitement et que le traitement préventif par l'isoniazide soit disponible pour les enfants.
- **améliorer la qualité du traitement sous DOTS**, en développant les compétences et en assurant une meilleure disponibilité des personnels chargés des tâches DOTS, en renforçant les capacités de laboratoire pour leur permettre d'effectuer les cultures et les examens microscopiques des frottis nécessaires, et en améliorant les capacités de gestion pharmaceutique, le suivi, l'enregistrement et la déclaration des cas. L'objectif est de faire en sorte que tous les pays fournissent un diagnostic et un traitement de qualité.
- **donner un degré de priorité élevé aux besoins des plus défavorisés et des plus vulnérables**. L'accès à des services de soins antituberculeux de qualité ne devrait pas dépendre de la forme de tuberculose, des moyens financiers ou du niveau social. Étant donné la situation socio-économique peu élevée de la plupart des personnes atteintes de tuberculose, toute approche favorable aux groupes démunis et axée sur l'équité exige que les services de santé portent une attention particulière aux besoins des groupes les plus défavorisés. D'où la nécessité de repérer les obstacles et de mettre en place des mesures visant à garantir un diagnostic précoce et un traitement efficace afin de diminuer la charge sociale et financière que représente la maladie pour les patients. Les options spécifiques conçues pour s'attaquer à la pauvreté dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie DOTS sont examinées à la section 3.3.
- adopter ou intensifier **l'approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS** afin de mobiliser tous les dispensateurs de soins de santé concernés, dans le public et dans le privé, pour qu'ils fournissent des services de lutte antituberculeuse efficaces et appliquent les Normes internationales pour les soins antituberculeux. Selon l'endroit, cette approche pourra concerner les écoles de médecine, les hôpitaux généraux, les services de santé relevant de régimes d'assurance, les systèmes de santé pénitentiaires,<sup>10</sup> les services de santé des forces armées, les établissements de santé dépendant d'organisations non gouvernementales, les établissements de santé d'entreprises, les spécialistes privés et les médecins généralistes, les pharmacies privées et le secteur privé des soins de santé informels. Si tous les dispensateurs sont susceptibles de jouer un rôle dans la fourniture de soins adaptés aux personnes atteintes de tuberculose, les programmes

nationaux de lutte antituberculeuse devront renforcer leurs fonctions d'administration générale, notamment celles de réglementation, de financement, de suivi, d'évaluation et de surveillance. Des lignes directrices sur l'application d'une approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS ont récemment été préparées par le sous-groupe chargé de la collaboration public-privé.<sup>11</sup>

- adopter ou intensifier les **initiatives communautaires DOTS**, afin de permettre aux communautés de prendre part à la lutte contre la tuberculose, par exemple en encourageant l'observance du traitement et en facilitant la détection des cas. D'ici 2010, tous les pays d'Afrique auront renforcé les initiatives communautaires DOTS et d'ici 2015, environ 1,9 milliard de personnes vivront dans des zones d'implantation de ces initiatives. Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, les activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH au niveau communautaire se chevaucheront notamment en ce qui concerne la détection des cas et la prise en charge des traitements antituberculeux et antirétroviraux. Une participation de la communauté a une incidence positive sur l'effort de lutte contre la tuberculose : elle améliore l'accès aux soins et favorise une approche centrée sur le patient pour la prise en charge de la tuberculose, les taux de succès thérapeutique sont plus élevés et les abandons de traitement et les transferts vers d'autres services moins fréquents. Bien que le type et l'étendue de la participation communautaire dépendent du lieu et du contexte, nombre de pays fortement touchés par la tuberculose considèrent la société civile comme un partenaire essentiel fournissant une aide aux malades et à leur famille. Le Partenariat apportera son soutien à la charte du patient tuberculeux, actuellement en cours d'élaboration (en même temps que les Normes internationales pour les soins antituberculeux).
- adopter ou intensifier **l'approche pratique de la santé respiratoire (PAL)**, approche globale – mettant l'accent sur les symptômes –, de la prise en charge du patient présentant des symptômes respiratoires dans le cadre d'un système de soins de santé primaires, en vue d'améliorer le diagnostic de la tuberculose et la prise en charge d'autres maladies respiratoires chroniques. L'approche PAL comporte la normalisation des procédures de soins cliniques grâce à l'élaboration et la mise au point de recommandations cliniques pratiques, et la coordination de ces procédures entre les divers niveaux de soins, tant au sein du système de santé de district qu'entre les divers acteurs du système de santé. En 2005, cette approche était appliquée dans 17 pays et 5 autres ont demandé la collaboration de l'OMS pour la mettre en place.
- mettre en place et renforcer les infrastructures et les compétences techniques pour les **services chargés d'effectuer les cultures mycobactériennes et les tests de sensibilité aux antituberculeux et d'intégrer les nouveaux outils diagnostiques**. Bien que l'examen microscopique de frottis de qualité soit l'élément essentiel de la stratégie DOTS, sur lequel la détection de la tuberculose et la lutte contre la maladie continueront à s'appuyer, il est indispensable de renforcer les services chargés d'effectuer les cultures de

*M. tuberculosis* et les tests de sensibilité aux médicaments, en particulier lorsqu'on se trouve en présence de taux élevés de prévalence du VIH ou de tuberculose multirésistante. Les nouveaux outils diagnostiques, qui devraient être adoptés à partir de 2008, remplaceront graduellement l'examen microscopique des frottis, la culture conventionnelle et les tests de sensibilité aux antituberculeux. Les pays auront alors besoin d'aide pour l'homologation des nouveaux produits, l'élaboration de nouvelles politiques, l'achat de matériel, la formation et la supervision du personnel et la gestion des coûts.

### Améliorer la qualité des médicaments antituberculeux et les rendre plus facilement disponibles et plus abordables

Un approvisionnement ininterrompu d'antituberculeux de première intention, de qualité et d'un coût abordable, est essentiel à la réalisation des objectifs du Partenariat. Le Service pharmaceutique mondial (GDF), géré par le secrétariat du Partenariat et qui doit fusionner avec le Comité Feu Vert pour les médicaments de seconde intention, s'emploiera à **améliorer la disponibilité de médicaments de qualité et d'un coût abordable** dans tous les pays où un tel besoin existe. Le service mondial stimule le développement de marchés viables de produits antituberculeux autres que les médicaments de première intention. Il mettra au point pour 2010 des systèmes conçus pour le lancement de nouveaux médicaments et de nouveaux tests diagnostiques, ainsi que pour l'harmonisation de l'approvisionnement de produits pour traiter la co-infection TB/VIH.

### Sensibilisation, communication et mobilisation sociale

Il existe un besoin urgent d'activités de **sensibilisation, communication et mobilisation sociale** dans les pays d'endémie en vue de mettre rapidement en place un mouvement social multiniveaux et multisectoriel pour éliminer la tuberculose. Il est particulièrement important, dans le contexte de cette maladie, d'obtenir un engagement social ferme au sein des systèmes de prestation de soins de santé. Il peut ainsi mettre en place des processus qui aideront les communautés à se sentir parties prenantes et à s'approprier le programme de lutte contre la tuberculose. Une application rigoureuse des stratégies de communication et de mobilisation sociale permettra de progresser plus rapidement vers les objectifs fixés par le Partenariat.

L'ambition du Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale au niveau des pays est de mettre en place et de financer de telles activités fondées sur des données factuelles et réalisées à l'initiative des pays, afin de susciter durablement un changement sociétal et une modification des comportements. La mise au point de plans nationaux de sensibilisation, communication et mobilisation sociale fermes doit être soutenue par des engagements humains et financiers appropriés dans les pays. En outre, le Groupe de travail mobilisera une aide en faveur des pays sous forme d'outils et de franchisage, de formation, de conseillers techniques, d'échange

d'information et d'évaluation systématique afin d'assurer une programmation efficace des activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale. Des projets spécifiques seront mis au point visant à offrir des possibilités de formation classique ou adaptée aux besoins à l'intention de personnes et d'organismes du secteur public, afin de renforcer rapidement les capacités nationales en la matière.

Il est essentiel de **mener au niveau mondial une campagne de sensibilisation efficace** pour obtenir que la tuberculose occupe une place prioritaire dans les programmes politiques et de développement à la fois dans les pays donateurs et dans les pays où l'incidence de la tuberculose est élevée ou moyenne, afin de susciter une volonté politique et de mobiliser davantage de ressources, notamment financières, sur une base durable. Pour réaliser cet objectif, le Groupe de travail se propose d'élargir la coalition des partenaires de la campagne de sensibilisation, de s'associer à d'autres mouvements sociaux mondiaux, en particulier ceux qui luttent contre le VIH/SIDA, d'attirer des personnalités influentes qui acceptent de se faire les avocats de la lutte antituberculeuse, de faire progresser l'autonomisation des malades et des communautés et de mener, au moment stratégiquement opportun, des actions ciblées en direction des responsables politiques, des législateurs, des organismes de financement et des médias.

### 2.4 Stratégies pour résoudre les problèmes posés par les menaces émergentes

Pour résoudre les problèmes que posent la tuberculose multirésistante et le VIH, il faut pouvoir disposer de stratégies additionnelles s'appuyant sur les éléments essentiels de la stratégie DOTS.

#### Adapter la stratégie DOTS pour prévenir et traiter la tuberculose multirésistante : la stratégie DOTS-Plus

Pour lutter contre la résistance aux médicaments antituberculeux, on a recours à la fois à DOTS et à DOTS-Plus, stratégies à la fois préventives et curatives, puisque la stratégie DOTS à elle seule ne suffit pas à enrayer l'épidémie de tuberculose dans les pays où les taux de tuberculose multirésistante et la proportion des cas traités de nouveau sont élevés. La lutte contre la tuberculose multirésistante exige à la fois une mise en œuvre rigoureuse de la stratégie DOTS afin d'empêcher l'apparition de nouveaux cas et une utilisation prudente des médicaments de seconde intention associée à un soutien de laboratoire approprié afin d'enrayer le développement et la circulation des souches résistantes.

Les priorités pour la prochaine décennie sont :

- développer la surveillance de la résistance aux médicaments ;
- surveiller les tendances et mettre régulièrement à jour les estimations mondiales de la tuberculose multirésistante ;
- renforcer les moyens d'assurance qualité pour les cultures et les tests de sensibilité aux médicaments ;
- renforcer considérablement le traitement de la tuberculose multirésistante selon les lignes directrices de l'OMS, étant

donné que, actuellement, moins de 2 % du nombre total estimé de patients présentant une TB-MR à culture positive sont traités de manière appropriée ;

- créer un marché solide et compétitif de médicaments de seconde intention de qualité assurée ;
- mettre en place une coordination technique au niveau mondial pour atteindre les objectifs fixés.

Il sera essentiel de renforcer les systèmes de santé et les effectifs sanitaires pour le diagnostic et le traitement de l'ensemble des patients atteints de TB-MR.

Le Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante a pour ambition d'intégrer la surveillance de la résistance aux médicaments et la prise en charge de la TB-MR dans les activités systématiques de lutte contre la maladie, ce qui permettra à tous les patients d'avoir accès à un diagnostic et un traitement et à tous les dispensateurs de soins de santé de les assurer, quelles que soient les caractéristiques de la sensibilité aux médicaments. Ceci est conforme à la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose recommandée par l'OMS, qui s'applique à l'ensemble des personnes atteintes de tuberculose, y compris de tuberculose multirésistante et des personnes infectées par le VIH. Toutes les mesures de prise en charge de la TB-MR seront ainsi intégrées aux activités d'extension et de renforcement de la stratégie DOTS et en harmonie avec les activités des autres groupes de travail du Partenariat.

Les pays présentant une prévalence élevée de tuberculose multirésistante sont les pays de l'ex-Union soviétique, la Chine et l'Inde, qui, à eux seuls, selon les estimations, représentent pratiquement les trois quarts de la charge mondiale de la tuberculose.

### Réduire l'impact de la co-infection TB/VIH

La principale stratégie consiste à réduire la charge, tant mondiale qu'individuelle, de la tuberculose associée au VIH en renforçant la mise en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH menées en collaboration dans les pays les plus touchés par cette co-infection. La gravité de l'épidémie de co-infection TB/VIH en Afrique mérite une attention particulière et urgente. Le plan stratégique du Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH pour la période 2006–2015 se situe par ailleurs dans la ligne du Projet pour l'Afrique 2006–2007, projet plus détaillé pour une action renforcée à court terme, mis en place pour accélérer les progrès dans cette région ; en août 2005, le Comité régional pour l'Afrique a publié une déclaration dans laquelle il adoptait ce Projet pour l'Afrique et déclarait l'Afrique en situation d'urgence pour la tuberculose.

Les Normes internationales relatives aux activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH figurent dans l'ouvrage de l'OMS Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH.<sup>12</sup> Cette politique s'appuie sur les programmes DOTS de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans le but de fournir des services intégrés de prévention, de soins et de soutien aux

malades atteints de tuberculose et infectés par le VIH afin de réduire l'impact de la tuberculose associée au VIH. Elle décrit des activités spécifiques à mettre en œuvre au niveau des pays pour faire face aux co-épidémies, et préconise notamment :

- de mettre en place des mécanismes de collaboration, dont un organisme chargé de la coordination des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH, de la surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose, et de la planification, du suivi et de l'évaluation concertés des activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH ;
- d'alléger la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS), grâce à un dépistage intensif permettant une détection plus précoce de la tuberculose-maladie, à la fourniture aux patients co-infectés d'un traitement préventif à l'isoniazide, et à des activités de lutte contre l'infection tuberculeuse dans les lieux de soins ou de rassemblement ;
- d'alléger la charge du VIH parmi les patients atteints de tuberculose en offrant aux personnes exposées au risque d'une infection par le VIH la possibilité, si elles le souhaitent, de bénéficier d'un soutien psychologique et d'un test de dépistage, en mettant en place une prévention du VIH et une thérapie préventive par le cotrimoxazole, un soutien et des soins pour lutter contre le VIH/SIDA, et en adoptant un traitement antirétroviral ;
- d'améliorer les soins apportés aux personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH, grâce à des initiatives concernant la formation et la fourniture de soins en collaboration.

Certaines lacunes restent pourtant à combler dans la politique actuelle de collaboration en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH, par exemple en ce qui concerne les services prenant en charge la co-infection TB/VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Celle-ci doit être affinée et adaptée pour répondre aux besoins des populations en situation de risque, compte tenu de l'expérience acquise dans les pays et des nouvelles recherches. Néanmoins, la priorité est désormais de mettre en application les normes définies et d'en assurer le suivi et le maintien. La mise en œuvre de cette politique dans tous les pays les plus touchés par la tuberculose est, par conséquent, au cœur du plan stratégique de lutte contre la co-infection TB/VIH pour 2006–2015.

Les activités que le Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH entreprendra avec ses partenaires au cours des dix prochaines années afin d'atteindre les objectifs fixés pour 2015 peuvent être organisées selon les quatre grands axes suivants :

- **intensifier la mise en œuvre et étendre la portée des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH menées en collaboration ;**
- **développer et coordonner la recherche** nécessaire pour l'amélioration de la prévention, du diagnostic précoce et du traitement rapide de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS), et intégrer les résultats dans la politique mondiale ;

- **renforcer l'engagement politique et l'engagement à fournir les ressources** nécessaires aux activités de lutte contre la tuberculose et le VIH menées en collaboration ;
- **renforcer les systèmes de santé** afin qu'ils soient à même de mener des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Les pays ciblés sont tous ceux touchés par une épidémie de VIH généralisée (prévalence du VIH chez les adultes > 1 %) et les pays de grande superficie dans lesquels il existe des zones administratives où l'on observe chez les adultes une prévalence du VIH > 1 %.

## 2.5 Recherche opérationnelle

Pour toute activité de santé publique, il est indispensable d'entreprendre une recherche opérationnelle afin de définir les meilleurs moyens de mettre en œuvre des interventions et de surveiller leur impact. La recherche opérationnelle est donc essentielle pour savoir comment améliorer l'accès à des diagnostics exacts et à des traitements efficaces grâce à la stratégie DOTS, et comment adapter cette stratégie pour faire face aux problèmes que posent la résistance aux médicaments et le VIH. La recherche opérationnelle comprend l'évaluation des activités programmatiques qui visent à améliorer l'élaboration des politiques, la conception et le fonctionnement des systèmes de santé, ainsi que des méthodes de prestation de services plus efficaces. Un soutien technique et financier est indispensable pour renforcer les moyens locaux nécessaires à cette recherche (voir Tableau 4). Les plans nationaux de lutte antituberculeuse devraient prévoir dans leur budget des activités de recherche opérationnelle en tant que partie intégrante de leur programme.

## 2.6 Promotion de la mise au point et de l'adoption de nouveaux tests diagnostiques, médicaments et vaccins antituberculeux

Les nouveaux outils seront d'une importance capitale pour atteindre les objectifs du Partenariat, tout particulièrement en Afrique et en Europe orientale, ainsi que pour réaliser l'ambition du Partenariat d'éliminer la tuberculose – d'où le besoin d'investir aujourd'hui pour recueillir demain les dividendes.

### Les nouveaux tests diagnostiques

Plus d'un siècle après sa mise au point, l'examen microscopique des expectorations reste dans la plupart des pays en développement le seul outil diagnostique largement disponible pour la détection de la tuberculose. Malheureusement, cet examen ne permet de détecter le bacille de la tuberculose que chez 40 à 60 % des malades dans des conditions de terrain, et ce pourcentage peut tomber à 20 % chez les patients co-infectés par le VIH. Cependant, même ce test diagnostique limité reste inaccessible pour la plupart des patients souffrant de tuberculose. Dans les situations où les ressources sont limitées, les tests de sensibilité aux médicaments, lorsqu'ils

sont disponibles, sont généralement réservés aux patients chez qui le premier traitement prescrit a échoué, ce qui signifie que l'on a perdu une occasion d'interrompre la transmission de la maladie.

Un tiers de la population mondiale est porteuse d'une infection latente par *M. tuberculosis*. Les thérapies préventives diminuent efficacement l'évolution vers la tuberculose-maladie, mais il est actuellement impossible de prévoir quels sont les sujets les plus susceptibles de voir leur infection évoluer.

Le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose s'emploiera à mettre au point et à lancer de nouveaux outils diagnostiques, économiques et adaptés, également efficaces pour les patients co-infectés par le VIH, en vue :

- d'améliorer la détection des cas de tuberculose, grâce à une sensibilité et une spécificité accrues et à une meilleure accessibilité – l'objectif étant la mise au point de tests simples, exacts et peu coûteux, qui puissent être effectués aux premiers niveaux de contact des systèmes de soins de santé et qui donnent des résultats le jour même ;
- de détecter rapidement et économiquement les cas de tuberculose résistante aux médicaments, permettant ainsi de mettre en place sans retard un traitement efficace pour réduire tant la morbidité individuelle que la poursuite de la transmission de la maladie ;
- de détecter de manière fiable les cas de tuberculose latente et de déterminer le risque d'une future évolution vers la tuberculose-maladie, permettant ainsi une utilisation rationnelle des thérapies préventives.

Les trois objectifs pour 2006–2015 du Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose sont les suivants :

- **combler les lacunes des connaissances actuelles** qui entravent la mise au point de nouveaux outils diagnostiques ;
- **mettre au point et évaluer un ensemble de nouveaux outils diagnostiques** et démontrer leur impact ;
- **utiliser les nouveaux outils diagnostiques** et s'assurer de leur accessibilité.

Dans le domaine des tests diagnostiques pour la tuberculose c'est un dispositif de détection très précis utilisable sur le terrain qui devrait avoir l'impact le plus significatif sur la santé publique. Le Groupe de travail prévoit d'encourager et de financer la recherche dans ce domaine, en s'appuyant sur les progrès de la génomique et de la protéomique des bacilles de la tuberculose. On estime que ces nouvelles données faciliteront la mise au point de bandelettes de test améliorées adaptées à une utilisation sur le terrain au premier niveau d'intervention, et qu'un test perfectionné (utilisant du sang, du sérum, de l'urine ou de la salive) verra le jour en 2006–2007.

### Les nouveaux antituberculeux

L'ambition du Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux est de disposer de nouveaux schémas thérapeutiques qui

permettent d'obtenir une guérison en 1 à 2 mois maximum, contre 6 à 8 mois actuellement, soient efficaces contre la tuberculose multirésistante ainsi que l'infection latente, et soient compatibles avec les thérapies antirétrovirales. Ces nouveaux schémas thérapeutiques doivent par ailleurs être d'un coût abordable et faciles à appliquer sur le terrain. Cet objectif est extrêmement ambitieux, mais doit être atteint si nous voulons pouvoir radicalement transformer la thérapie antituberculeuse. Si les connaissances de base sur la biologie de *M. tuberculosis* continuent de progresser, il se pourrait que l'on puisse diminuer encore la durée du traitement avant 2050, pour la ramener à 10 ou 12 jours, ou que de nouveaux progrès thérapeutiques ou prophylactiques puissent par ailleurs fortement réduire l'incidence de la tuberculose.

Pour réaliser son ambition, le Groupe de travail a mis au point un plan stratégique pour 2006–2015, autour des axes importants suivants :

- **la recherche fondamentale en biologie** afin d'établir et de valider de nouvelles cibles pour les médicaments, et de repérer des composés candidats en utilisant une méthode de détection efficace et une pharmaco-chimie créative ;
- **la mise au point de médicaments ;**
- **la planification et l'exécution de tests cliniques plus efficaces** comprenant l'identification de biomarqueurs et de méthodes d'évaluation de l'infection latente plus performants ;
- l'élaboration d'un **cadre réglementaire** clair et efficace.

Onze composés présentant de nouveaux modes d'action contre la tuberculose sont actuellement au stade de développement clinique ou préclinique avancé. Il a été démontré que certains de ces composés, comme la moxifloxacine, réduisent la durée du traitement sur des modèles animaux. L'objectif pour 2010 est le lancement d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle association de médicaments qui puisse ramener à 3-4 mois la durée du traitement. Les nouvelles données *in vitro* semblent indiquer que de nouveaux composés en cours de mise au point pourraient réduire davantage encore la durée du traitement. La recherche génomique et microbiologique sur de nouvelles cibles permet d'envisager avec optimisme la faisabilité d'un traitement antituberculeux d'une durée d'un mois, qui pourrait faire l'objet d'essais cliniques d'ici 2015. L'association d'agents capables d'attaquer des cibles différentes pourrait potentialiser l'efficacité des nouveaux schémas thérapeutiques.

Seuls 10 % des produits candidats entrant en phase d'essais cliniques sont homologués, principalement pour des raisons de sécurité. Ainsi, la clé du succès est d'avoir constamment beaucoup de nouveaux produits candidats en cours de mise au point ainsi qu'une réserve de programmes de recherche.

Il existe un lien étroit entre, d'une part, le coût modéré des nouveaux antituberculeux, leur adoption et leur accessibilité, et la mise en œuvre de nouveaux schémas thérapeutiques, et, d'autre part, la fabrication et la production des médicaments, seuls ou en association, et l'adoption de ces thérapies en tant que normes internationales. Par conséquent, le Groupe

de travail continuera à collaborer étroitement avec les autres Groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose, les ministères de la santé, les organismes internationaux intervenant dans le domaine de la santé et les personnels sur le terrain, afin de bien comprendre les besoins et pouvoir ainsi assurer que, sur le terrain, les nouveaux schémas thérapeutiques seront lancés et adoptés rapidement et avec succès. L'expérience montre que l'établissement de traitements normalisés, puis leur mise en œuvre sur le terrain, peuvent prendre des années, particulièrement lorsqu'il s'agit de lutte antituberculeuse. Tous les Groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose et la communauté internationale devront axer leurs efforts sur l'adoption sûre, rapide et efficace des nouveaux outils.

### Les nouveaux vaccins

Le lancement de nouveaux vaccins efficaces constituera un élément essentiel de toute stratégie visant à éliminer la tuberculose d'ici 2050 ; les efforts pour mettre au point ces vaccins s'intensifient considérablement. Les résultats scientifiques obtenus en laboratoire et lors des premiers essais sur le terrain sont cohérents et encourageants. De nouveaux vaccins qui permettront de prévenir les formes de tuberculose affectant l'enfant et l'adulte, de réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes co-infectées par le VIH et de diminuer la durée des schémas thérapeutiques, changeront radicalement notre approche de la lutte antituberculeuse.

La prochaine génération de vaccins agira probablement en complément de la réponse immunitaire induite par le vaccin BCG actuel. Les nouveaux vaccins pourraient être administrés en association avec le BCG aux jeunes enfants avant que ceux-ci ne soient exposés à *M. tuberculosis*, seuls en tant que rappel pour les jeunes adultes, ou encore en complément à la chimiothérapie. Le Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux soutient la recherche menée sur plusieurs approches relatives à la mise au point de nouveaux vaccins candidats et de nouvelles stratégies d'administration.

L'objectif général du Groupe de travail pour 2006–2015 est de disposer **d'ici 2015 d'un vaccin homologué, sûr et efficace, à un coût raisonnable**. Ses objectifs et son plan d'action pour 2006–2015 sont les suivants :

- **maintenir et améliorer les programmes de vaccination par le BCG** étant donné que l'on prévoit que le vaccin BCG restera la clé de voûte des programmes de vaccination antituberculeuse pendant toute la période concernée par le Plan mondial, la nouvelle génération de vaccins n'intervenant qu'en complément des vaccins BCG, couramment administrés à la naissance dans de nombreux pays. Ceci signifie que la production de vaccins BCG doit être maintenue mais confiée à un nombre de plus en plus limité de fournisseurs internationaux ;
- **développer la recherche et son application aux vaccins** (pour qu'il y ait toujours de nouveaux produits au stade de la mise au point) ;
- **faciliter la mise au point préclinique** de nouveaux vaccins ;
- **renforcer les capacités des sites d'essai de vaccins** en

offrant des possibilités de formation et de renforcement des capacités ;

- **assurer une capacité de production de vaccins ou l'augmentation de cette capacité** en mettant en place des partenariats innovants avec les fabricants dans les pays développés et en développement ;
- **réaliser des essais cliniques** et veiller à ce que les partenaires dans les pays développés et en développement s'engagent à faire les investissements nécessaires ;
- **mettre en place une infrastructure favorable.**

## 2.7 Coopération technique

Le Partenariat Halte à la tuberculose offre un moyen de coordonner l'aide technique aux pays, un consensus sur les approches unifiées et des cadres pour le suivi et l'évaluation ainsi qu'une assistance aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse. C'est essentiellement à une coopération technique cohérente et ciblée soutenant la mise en œuvre de la stratégie DOTS que l'on doit le développement rapide de la lutte antituberculeuse dans les pays les plus touchés par la tuberculose au cours des dix dernières années. Les programmes nationaux antituberculeux, ainsi que les acteurs non gouvernementaux les plus importants, ont bénéficié d'un encadrement et d'une assistance assurés par un large réseau de partenaires de la coopération technique<sup>13</sup>

dans les domaines du développement des capacités, de la planification, de la mobilisation des ressources, de la résolution de problèmes ciblés, du suivi et de l'évaluation.

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme accorde actuellement aux activités nationales de lutte antituberculeuse un financement externe sans précédent. Cependant, avec ce nouveau mécanisme de financement, les bénéficiaires et leurs partenaires sont confrontés à une multitude de nouveaux problèmes liés à la mise en œuvre des projets.

Si l'on veut que les obstacles aux efforts de mise en œuvre des projets dans les pays puissent être surmontés, il est essentiel que le financement important accordé par le Fonds mondial soit complété par un soutien technique. Il existe pour cela tout un éventail de mécanismes permettant la coordination de prestations d'assistance technique rapides.

*Voirencadré 2 : Lutte antituberculeuse : exemples de mécanismes d'assistance technique rapide à l'intention des pays*

Certains pays ont bénéficié d'un soutien de la part des partenaires techniques pour la préparation des demandes d'attribution de subventions soumises au Fonds mondial. Lors du quatrième cycle de demandes en 2004, le taux d'obtention de subventions pour la lutte antituberculeuse a été de 64 %, pour les pays ayant reçu une assistance technique contre 40 % pour les pays n'ayant bénéficié d'aucune assistance.

### ENCADRÉ 2 : LUTTE ANTITUBERCULEUSE : EXEMPLES DE MÉCANISMES DE PRESTATIONS D'ASSISTANCE TECHNIQUE RAPIDES À L'INTENTION DES PAYS

- **Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS** – coordination des principaux partenaires techniques
  - Calendrier commun intégrant les activités ordinaires menées dans le cadre des missions communes ou individuelles effectuées par des organismes dans les pays.
  - Réunions annuelles de coordination des activités, mise en commun des meilleures pratiques et résolution des difficultés techniques communes.
  - Missions communes annuelles dans les pays.
- **ISAC** (Intensification du Soutien et de l'Action dans les Pays) – Initiative commune Halte à la tuberculose, OMS, donateurs bilatéraux, Fonds mondial et partenaires techniques pour soutenir le renforcement des moyens techniques et gestionnaires afin d'améliorer la capacité des pays à utiliser de nouveaux fonds de manière efficace. Première phase : Chine, Fédération de Russie, Inde, Indonésie, Kenya, Ouganda, Pakistan et Roumanie.
- **TB CAP** (Programme d'assistance à la lutte antituberculeuse) – Consortium de huit partenaires d'assistance technique financé par l'Agence de Développement international des Etats-Unis d'Amérique, visant à soutenir le renforcement des capacités, la mise en œuvre et l'extension de programmes au niveau national et la sensibilisation dans les pays bénéficiant d'un financement de l'Agence.
- **Initiative de soutien** financée par l'Agence de Coopération technique, Allemagne (GTZ) – soutien à certains pays pour la planification et la préparation de propositions au Fonds mondial.
- **Missions de haut niveau** des membres du Comité du Partenariat Halte à la tuberculose dans des pays prioritaires pour les aider à faire face aux problèmes d'ordre politique et financier.

Les principaux besoins concernent maintenant le soutien à la mise en œuvre. La crédibilité du Fonds mondial, de ses investisseurs et des agences de coopération technique repose sur une mise en œuvre efficace au niveau des pays. Toutefois, la question des déficits de financement pour les partenaires techniques n'a toujours pas été traitée de manière cohérente et adéquate ; il s'agit en quelque sorte d'une «mission sous-dotée», situation qui entraîne des répercussions en cascade sur toutes les fonctions des organisations. Les partenaires de Halte à la tuberculose ne parviennent plus à répondre à la demande des 130 pays bénéficiant de subventions du Fonds mondial. L'OMS, d'autres institutions spécialisées des Nations Unies et des organisations non gouvernementales – qui sont toutes largement tributaires des contributions volontaires – souffrent d'un sous-financement chronique par rapport à l'ampleur de l'assistance qu'il faudrait pour aider les pays à utiliser efficacement leurs importantes subventions.

On estime que les prestations d'assistance technique pour la période de 10 ans s'étendant de 2006 à 2015 coûteront aux partenaires US\$ 2,9 milliards. Cette somme est comprise dans les estimations du coût total de la mise en œuvre du Plan mondial.

## 2.8 Suivi et évaluation

Le Plan mondial Halte à la tuberculose doit rester pertinent pour tous les partenaires et pendant toute sa durée (2006–2015). Tout programme décennal doit être ajusté au fur et à mesure que les circonstances évoluent. C'est pourquoi les plans des Groupes de travail présentent des mesures spécifiques de suivi et d'évaluation et des domaines sur lesquels il sera indispensable de faire porter la recherche opérationnelle.

La stratégie DOTS comporte de nombreux éléments novateurs, parmi lesquels on peut citer les méthodes claires de notification systématique des cas, la fourniture de rapports, l'analyse de cohorte pour les traitements, le contrôle pour la validation ainsi que les autres indicateurs de performance. Les systèmes d'enregistrement et de déclaration des cas basés sur la stratégie DOTS sont appliqués dans plus de 184 pays. L'OMS met actuellement en place une coalition chargée de la mesure de l'impact, qui réunit les partenaires techniques dans les pays les plus touchés par la tuberculose, des agences nationales et internationales, et les établissements universitaires afin de mettre au point des méthodes normalisées plus performantes, reposant sur des données factuelles, pour mesurer l'impact épidémiologique des mesures de lutte antituberculeuse. Ces méthodes comprendront des enquêtes sur la prévalence de la tuberculose, des enquêtes de santé auprès des ménages ainsi que la modélisation et l'analyse des données recueillies de manière systématique. Il est urgent de disposer de telles approches pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs du Partenariat.

En général, le secrétariat du Partenariat joue un rôle fondamental dans le suivi et l'évaluation du Partenariat et du Plan mondial,

ce qui lui permettra de proposer des révisions tactiques du Plan mondial afin de progresser plus rapidement pour atteindre les objectifs fixés.

Le secrétariat du Partenariat présentera un rapport au Forum des partenaires (tous les trois ans au minimum) et au Conseil de coordination (tous les ans) sur les progrès réalisés pour atteindre les objectifs du Plan mondial. Le secrétariat, en collaboration avec les Groupes de travail, assurera le suivi des contributions de ces derniers et évaluera les progrès réalisés. En outre, en 2011, il facilitera la préparation d'un rapport de situation avec bilan à mi-parcours. En 2015, il présentera un rapport final sur le Plan mondial et coordonnera l'élaboration d'un nouveau Plan mondial pour la période suivante.

## 3. PRINCIPALES QUESTIONS INTERSECTORIELLES : RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ, TUBERCULOSE ET PAUVRETÉ, TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT, TUBERCULOSE ET SEXOSPÉCIFICITÉ

### 3.1 Introduction

La réalisation des plans stratégiques pour 2006–2015 des Groupes de travail du Partenariat s'inscrit dans la vision d'ensemble du Plan mondial Halte à la tuberculose. Pour maintenir cette unité de vue, il est essentiel que les Groupes de travail collaborent efficacement et adoptent une approche commune des principales questions intersectorielles. La présente section examine quatre des grandes questions du Plan mondial : le renforcement des systèmes de santé, la tuberculose et la pauvreté, la tuberculose chez l'enfant et les questions liées à la sexospécificité dans la lutte antituberculeuse.

### 3.2 Renforcement des systèmes de santé

#### Nécessité de renforcer les systèmes de santé

Le Plan mondial 2006–2015 a été élaboré à un moment où le monde prend conscience avec une acuité croissante que la réalisation de la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé dépend de la capacité à remédier aux faiblesses des systèmes de santé, qui sont autant de barrières empêchant un accès équitable à des soins de qualité.

*Voir Encadré 3 : Objectifs et fonctions essentiels des systèmes de santé*

Au cours des 10 dernières années, lorsqu'ils ont planifié et mis en œuvre l'extension de la stratégie DOTS, les pays fortement touchés par la tuberculose ont tenu compte des points forts et des faiblesses de leur système de santé. Si la capacité des programmes nationaux de lutte antituberculeuse à coordonner et à guider les interventions a été renforcée, les ressources humaines et gestionnaires disponibles varient énormément

**ENCADRÉ 3 : OBJECTIFS ET FONCTIONS ESSENTIELS DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

«Les systèmes de santé des différents pays poursuivent des buts semblables : améliorer la santé par l'intermédiaire de systèmes aussi équitables que possible, ayant une bonne capacité de réponse et étant financièrement justes. Tous les systèmes de santé ont les mêmes fonctions de base peu importe la manière dont ils sont organisés ou quelles interventions de santé ils tentent de délivrer. Ces fonctions sont : le développement des ressources humaines et autres ressources clés ; la prestation de services ; le financement ; et la gestion (supervision et encadrement)»

Source : The «Montreux challenge» : making health systems work, publication de l'OMS, avril 2005

d'un pays à l'autre et sont souvent nettement insuffisantes. Dans de nombreux pays, une nouvelle approche a permis de développer la capacité des organismes publics et privés et des associations locales chargés de la prestation de services. De nouvelles solutions ont été trouvées pour lever les obstacles à l'approvisionnement en médicaments et pour faciliter l'accès au diagnostic et aux laboratoires, à l'information de base et à l'évaluation des résultats. Pourtant, malgré ces efforts, il n'est toujours pas possible d'atteindre tous ceux qui ont besoin de soins.

La pénurie de ressources humaines pour la santé est l'un des plus grands obstacles à la lutte antituberculeuse et, plus généralement, à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Cette crise exige la mobilisation de tous les niveaux du système de santé, de tous les programmes, de tous les partenariats et de toutes les parties prenantes au niveau mondial.

**Surmonter la crise des personnels de santé**

Les ressources humaines pour la santé constituent un élément essentiel des systèmes de santé. Sans personnels de santé, les interventions sanitaires individuelles ou publiques sont impossibles. La lutte contre la tuberculose a ceci de particulier qu'elle fait appel à un large éventail d'intervenants issus du domaine de la santé et de domaines connexes. C'est pourquoi la pénurie de personnels compétents et motivés constitue l'une des difficultés majeures auxquelles se heurte la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et de ceux du Partenariat Halte à la tuberculose. A ces difficultés s'ajoute l'impact du VIH sur les personnels de santé, qui exacerbe la crise des ressources humaines, notamment en Afrique subsaharienne. Le Plan mondial reconnaît la complexité des problèmes de pénurie des personnels de santé, que seule une approche globale concertée permettra de résoudre. Les plans nationaux d'extension de la stratégie DOTS et tous les volets de la stratégie Halte à la tuberculose prévus pour la prochaine décennie, prendront explicitement en compte la question des ressources humaines dans les environnements propres à chaque pays. Les ressources humaines devraient en outre être intégrées dans la planification plus large des systèmes, de manière à s'assurer que les faiblesses sont reconnues et que les possibilités telles que les offres de formation et de financement de nouveaux personnels de santé d'encadrement sont utilisées au mieux.

Dans le domaine des ressources humaines, les principaux problèmes qui entravent l'efficacité de la lutte antituberculeuse sont **la pénurie de personnels qualifiés et leur mauvaise répartition**. Toutefois, ces problèmes ne sont pas propres à la lutte contre la tuberculose et nécessitent, dans la plupart des cas, des mesures prises à l'échelle nationale ou au niveau de l'ensemble du secteur de la santé. Parmi celles-ci, on peut citer l'amélioration des politiques de formation, la fixation de plafonds financiers pour le recrutement, une planification des ressources humaines prévoyant une combinaison et une répartition équilibrées des compétences, l'élaboration de politiques destinées à améliorer le recrutement des personnels, à les fidéliser et à les responsabiliser, ainsi que l'établissement de budgets permettant de les rémunérer convenablement. En outre, les programmes de lutte contre la tuberculose devraient faciliter le développement des compétences de tous les personnels associés à la lutte contre cette maladie et conserver des registres exacts sur la formation et l'affectation de chaque professionnel.

Le Plan mondial prévoit des interventions dans trois domaines associés en vue de renforcer les systèmes de santé dans le cadre de la lutte antituberculeuse.

*Voir Figure 6 : Renforcement des systèmes de santé et lutte antituberculeuse : accélérer les résultats dans trois domaines*

Globalement, il est indispensable de mettre en place des mesures prévoyant notamment des campagnes de sensibilisation et la collaboration entre les partenaires afin de mobiliser des ressources plus importantes pour les dotations en personnels, la suppression d'obstacles à la création d'un plus grand nombre de postes, et l'élaboration de réformes financières permettant d'améliorer les salaires ou de verser des primes pour assurer une répartition équilibrée et une fidélisation des personnels. A l'échelle nationale, il est essentiel de renforcer les capacités de gestion pour la planification des ressources humaines à moyen et à long termes et d'améliorer les politiques de recrutement et de fidélisation des personnels en encourageant l'instauration de conditions d'emploi attractives. Dans le monde entier, les programmes de lutte antituberculeuse ont recours à diverses stratégies innovantes pour améliorer l'accès au traitement, par exemple en employant des personnels des secteurs privé et public étrangers auxdits programmes. Un grand nombre de ces initiatives semblent avoir un impact positif sur la situation des ressources humaines, mais doivent être correctement évaluées.

De même, certaines initiatives innovantes actuellement mises en place par d'autres programmes pour améliorer la gestion des ressources humaines pourraient être adaptées à la lutte antituberculeuse.

### Une action plus large pour renforcer les systèmes de santé

Le Partenariat Halte à la tuberculose a pris l'engagement de jouer un rôle actif dans les partenariats visant à renforcer les systèmes de santé, ce qui suppose d'intervenir à l'échelle mondiale, régionale et interrégionale, là où de nouvelles alliances favorisent des approches plus concertées pour renforcer les aspects essentiels des systèmes de santé nationaux. Parmi celles-ci on peut citer des initiatives mondiales telles que le Réseau de métrologie sanitaire pour renforcer les systèmes d'information nationaux et la Health Workforce Alliance.

Cette évolution s'inscrit dans le cadre plus large des débats actuellement en cours au sein du Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, qui examine la possibilité de recenser un certain nombre de **principes pour de meilleures pratiques** en vue de l'engagement de partenariats mondiaux pour la santé au niveau des pays. Ces principes portent essentiellement sur l'alignement et l'harmonisation,<sup>14</sup> en partant de l'hypothèse qu'une aide des partenariats mieux harmonisée et alignée permettra, à terme, d'améliorer les résultats sanitaires. Si les incidences du processus de mise en place demandent à être étudiées une fois qu'il y aura eu accord sur l'un au moins des principes pour de meilleures pratiques, le Conseil de coordination du Partenariat Halte à la tuberculose a d'ores et déjà approuvé les principes d'alignement et d'harmonisation. Le Partenariat Halte à la tuberculose collaborera immédiatement avec d'autres partenariats et organisations en vue de parvenir à une plus

grande harmonisation des flux de financement dans le cadre de la lutte antituberculeuse et au-delà. L'OMS met actuellement en place des groupes de travail sur le financement de la santé – qui collaborent avec des dispensateurs privés – et sur la gestion des services ; ces groupes ont pour but d'encourager la participation de partenaires multiples et de favoriser l'échange des connaissances et les bonnes pratiques ainsi qu'une plus grande cohérence dans les interventions et les conseils fournis aux pays. Les partenaires de Halte à la tuberculose participeront à ces groupes de travail.

Les programmes nationaux de lutte antituberculeuse et leurs collaborateurs s'engageront plus avant avec d'autres acteurs pour repérer les obstacles et favoriser l'action à l'échelle du système tout entier afin d'améliorer l'administration générale et la gestion, le financement, le développement des ressources humaines, la prestation de services et les structures, ainsi que l'engagement des communautés.

Dans le cadre de la lutte antituberculeuse et à travers le Plan, les partenaires poursuivront le développement et l'adaptation d'innovations (y compris des innovations empruntées à d'autres domaines) destinées à la lutte antituberculeuse et permettant de renforcer les systèmes de santé. Les plans stratégiques comprennent ici des mesures destinées à améliorer notamment l'administration générale des programmes de lutte antituberculeuse, les systèmes de santé de district et les services locaux (aide à l'élaboration de politiques, planification stratégique et surveillance des performances), certains éléments du développement des ressources humaines, la gestion des infrastructures et des produits, la prestation de services, le financement et les principales innovations en matière de recherche, la fourniture de technologies et l'échange de connaissances. En ce qui concerne la prestation de services, le

**FIGURE 6 : RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET LUTTE ANTITUBERCULEUSE : ACCÉLÉRER LES RÉSULTATS DANS TROIS DOMAINES**

Renforcement des systèmes de santé dans le cadre de la lutte antituberculeuse		
Partenariats et politiques destinés à renforcer les systèmes de santé afin d'améliorer la qualité des services antituberculeux et celle d'autres services de santé – par exemple, formation, répartition et rémunération des ressources humaines, financement des réformes visant à réduire les obstacles économiques aux soins, développement des infrastructures de santé publique – et de faciliter l'accès à ces services.	Adaptation ou reproduction des innovations en matière de prévention et de soins antituberculeux afin de faire progresser d'autres objectifs de santé, par exemple l'utilisation pour le traitement du VIH et pour la santé maternelle d'approches public-privé sur le modèle de ce qui existe pour la lutte antituberculeuse. Mise en œuvre de l'approche du Service pharmaceutique mondial (GDF) (qui associe l'approvisionnement en médicaments à l'assistance technique) pour le traitement du VIH et du paludisme.	Au-delà de la prévention et des soins antituberculeux et afin de réaliser l'ensemble des objectifs du Partenariat Halte à la tuberculose, adaptation ou reproduction d'innovations, par exemple responsabilisation des communautés, des ménages et des patients, et techniques de communication ; adaptation des activités menées dans le domaine de la prévention du VIH et des soins aux malades infectés par le VIH et dans le domaine de la santé de l'enfant pour atteindre les objectifs de la lutte antituberculeuse.

## PARTIE I : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Plan mondial appelle les pays à poursuivre au cours de ces dix prochaines années la diversification de modèles de prestation de services faciles d'accès et soucieux des patients afin de réduire le nombre des malades qui, aujourd'hui, ne sont pas soignés.

Les coûts de ces mesures de renforcement des systèmes de santé au niveau national ont été répartis entre tous les volets du Plan mondial (voir Tableau 1). On estime à environ US\$ 2 millions par an le coût des activités de participation et de collaboration aux initiatives mondiales, régionales et interrégionales et aux innovations pilotes conjointes visant à renforcer les systèmes de santé.

Les objectifs du Partenariat pour 2015 peuvent être atteints et leur impact inscrit dans la durée, mais il faut pour cela que certaines conditions soient remplies : il faudra que des mesures soient prises par chacun des 184 pays et plus qui ont actuellement recours à la stratégie DOTS ; il faudra par ailleurs mettre en œuvre la stratégie Halte à tuberculose et le Plan mondial, augmenter les flux de ressources, s'engager dans des réseaux plus larges pour le renforcement des systèmes de santé et appliquer des stratégies de réduction de la pauvreté.

### 3.3 Tuberculose et pauvreté

#### Liens entre la tuberculose et la pauvreté

Les liens entre la tuberculose et la pauvreté sont clairement établis. L'infection se propage plus facilement dans des conditions de pauvreté, là où des personnes malnutries s'entassent dans des logements mal aérés. Une amélioration des conditions socio-économiques entraînera donc une réduction de l'incidence de la tuberculose. Cette amélioration devrait également contribuer à faciliter l'accès à des soins de meilleure qualité utilisés plus judicieusement.

*Voir Figure 7 : Lien entre développement socio-économique, tuberculose et soins antituberculeux*

L'explosion démographique associée à une planification urbaine insuffisante et à un manque de ressources pour le développement d'infrastructures sont à l'origine de la prolifération des bidonvilles dans de nombreuses zones urbaines, particulièrement dans les pays les plus pauvres. Environ un milliard de personnes vivent actuellement dans des bidonvilles, et on estime que ce chiffre doublera au cours des 30 prochaines années. Dans les pays les plus pauvres, environ 80 % de la population urbaine vit dans les bidonvilles.<sup>15</sup> Les mauvaises conditions socio-économiques et environnementales caractéristiques des bidonvilles facilitent la propagation de la plupart des maladies transmissibles, et notamment de la tuberculose. La charge de la tuberculose est souvent plus lourde dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

En ce qui concerne les zones urbaines, la lutte antituberculeuse se heurte à des problèmes particuliers qui rendent son efficacité difficile : prolifération des dispensateurs de soins de santé publics et privés, combinaison complexe de services de santé souvent mal coordonnés, diversité des populations de patients

aux caractéristiques et besoins multiples – habitants des taudis, immigrés, consommateurs de drogues, sans-abri, détenus, personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH.<sup>16</sup>

Au cours de ces dernières années, il est apparu de plus en plus clairement que la tuberculose diminue la capacité des personnes à travailler et à gagner leur vie et que, de ce fait, la lutte antituberculeuse est susceptible de réduire la pauvreté.<sup>17</sup> Il s'agit-là d'un aspect de la lutte antituberculeuse encore insuffisamment compris. C'est pourquoi le Partenariat a récemment chargé la Banque mondiale de consacrer une étude sur les répercussions économiques de la tuberculose en Afrique aussi bien dans les ménages qu'au niveau macroéconomique.

Parallèlement, on reconnaît de plus en plus que la pauvreté ne se résume pas à la pauvreté économique. Elle englobe l'absence de perspectives et de moyens, l'impossibilité de se faire entendre et de se faire représenter et la vulnérabilité devant l'adversité. Le Partenariat Halte à la tuberculose a adopté ce sens plus large de la notion de pauvreté.

En 2003, le Partenariat Halte à la tuberculose a demandé que soit réalisée une étude détaillée des données disponibles sur les liens entre la lutte antituberculeuse et la réduction de la pauvreté.<sup>18</sup> Les conclusions de l'étude ont été globalement positives sur les points suivants :

- l'approche normalisée de santé publique utilisée par la stratégie DOTS pour traiter la tuberculose, en fournissant des soins antituberculeux subventionnés de qualité, rend ces soins plus accessibles aux pauvres que des soins financés à titre privé ;
- l'accent sur la mise en œuvre de la stratégie DOTS dans les pays en développement favorise de manière générale l'équité dans la prestation de services.

Cependant, aux niveaux national et infranational, cette étude a montré que :

- même là où les programmes DOTS sont bien établis, les patients atteints de tuberculose doivent faire face à des dépenses importantes avant d'obtenir un diagnostic parce que les filières de soins sont longues et entraînent de nombreuses consultations auprès de différents dispensateurs. Si l'ensemble des dépenses à la charge des plus défavorisés tend à être inférieur à celles des moins défavorisés, leurs dépenses proportionnelles à leurs revenus, sont en revanche beaucoup plus importantes.
- Dans les pays en développement, les patients pauvres atteints de tuberculose sont principalement tributaires de salaires journaliers ou de revenus issus du petit commerce, et ne disposent d'aucune sécurité de traitement ou d'emploi. De nombreuses études révèlent que des patients avaient emprunté de l'argent, utilisé des virements (envoyés par des amis ou des proches) ou vendu des biens pour faire face à la maladie.
- Il existe des cas où les services DOTS passent à côté des patients tuberculeux issus de couches pauvres de la société, ou les excluent.

**TABLEAU 1 : COÛT DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ AU NIVEAU NATIONAL DANS LE CADRE DU PLAN MONDIAL HALTE À LA TUBERCULOSE**

Volets du renforcement des systèmes de santé	Coûts compris dans le Plan mondial	Coûts non compris dans le Plan mondial
<b>Ressources humaines</b>	Personnels employés à plein temps dans les programmes de lutte antituberculeuse. Temps de travail que les personnels polyvalents consacrent aux patients atteints de tuberculose (par exemple soins aux malades tuberculeux hospitalisés ou en traitement ambulatoire dans des établissements de soins de santé généraux, activités de collaboration dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et le VIH). Total du temps de travail des personnels polyvalents (et coûts apparentés) – supposé augmenter en principe proportionnellement au nombre des cas traités. Primes incitatives, là où elles existent déjà. Formation générale pour la lutte contre la tuberculose et formation nécessaire pour mettre en place de nouvelles interventions (par exemple stratégie DOTS-Plus, collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH). Personnels supplémentaires nécessaires aux niveaux national et infranational pour améliorer la qualité des soins aux malades tuberculeux et mettre en œuvre de nouvelles approches (par exemple approches public-privé, soins au niveau communautaire).	Augmentation des salaires pouvant s'avérer nécessaire pour améliorer la situation générale du recrutement et fidéliser les agents de santé. Nouvelles primes susceptibles de contribuer à assurer une répartition équilibrée des personnels et leur fidélisation. Formation initiale de personnels supplémentaires pour augmenter les effectifs des agents de santé. Ces estimations dépassent le cadre de la lutte antituberculeuse.
<b>Engagement des secteurs ne relevant ni du ministère de la santé ni de l'Etat</b>	Approches public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS : tous les coûts nécessaires à la mise en œuvre aux niveaux national et infranational.	Activités générales nécessaires pour obtenir l'engagement du secteur privé non spécialisé dans la lutte antituberculeuse. Celles-ci ne peuvent être budgétisées dans le seul cadre de la lutte antituberculeuse.
<b>Systèmes d'information sanitaire</b>	Système d'enregistrement et de notification concernant la tuberculose, la co-infection TB/VIH et la stratégie DOTS-Plus.	Investissements généraux nécessaires dans les systèmes d'information sanitaire non spécialisés dans la lutte antituberculeuse. Ceux-ci ne peuvent être budgétisés dans le seul cadre de la lutte antituberculeuse.
<b>Financement de la santé</b>	Activités de mobilisation de ressources liées à la lutte antituberculeuse.	Activités (par exemple mobilisation de ressources, travail sur les mécanismes financiers) liées à l'ensemble du secteur de la santé. Celles-ci ne peuvent être budgétisées dans le seul cadre de la lutte antituberculeuse.
<b>Capacité de gestion</b>	Gestion des programmes de lutte antituberculeuse au même niveau qu'en 2005, et investissements supplémentaires en personnels gestionnaires aux niveaux national et infranational pour améliorer la qualité des soins aux malades tuberculeux et mettre en place de nouvelles approches.	Améliorations générales de la capacité de gestion des systèmes de santé (par exemple mise en place d'un système mondial de gestion financière). Celles-ci ne peuvent être budgétisées dans le seul cadre de la lutte antituberculeuse.
<b>Infrastructures</b>	Coûts associés aux soins aux malades hospitalisés ou en traitement ambulatoire fournis dans des établissements existants (par exemple bâtiments et équipements). Investissements dans des bâtiments et du matériel spécifiquement destinés à la lutte contre la tuberculose (par exemple rénovation de dispensaires, achat de microscopes). Coûts des interventions destinées à remédier à l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire (par exemple pour les soins antituberculeux au niveau communautaire).	Construction de nouveaux établissements et achats concomitants de nouveaux équipements. Ceux-ci ne peuvent être budgétisés dans le seul cadre de la lutte antituberculeuse. D'importants investissements peuvent toutefois s'avérer nécessaires, particulièrement en Afrique.

### Mesures de lutte contre la pauvreté et la tuberculose

L'analyse citée plus haut, ainsi que d'autres travaux sur la question, ont conduit à la création du réseau d'action pour la lutte contre la tuberculose et la pauvreté, ainsi qu'à la mise en place du sous-groupe sur la lutte contre la tuberculose et la pauvreté relevant du Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS. En 2005, ce sous-groupe en collaboration avec le réseau d'action pour la lutte contre la tuberculose et la pauvreté et le département de l'OMS Halte à la tuberculose, a publié un guide, *Addressing poverty in TB control* (Réduction de la pauvreté dans le cadre de la lutte contre la tuberculose), ébauchant diverses options que les gestionnaires des programmes nationaux de lutte antituberculeuse peuvent mettre en pratique pour tenter de réduire la pauvreté dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie DOTS.<sup>19</sup> Ce guide aidera à hiérarchiser les besoins des populations pauvres et vulnérables lors de la mise en œuvre de l'ensemble des activités du Plan mondial. Au fur et à mesure que les données et l'expérience s'accumuleront, ces options seront révisées et reformulées pour constituer un ensemble de lignes directrices officielles qui seront utilisées aux niveaux national et mondial.

Les patients pauvres et vulnérables atteints de tuberculose bénéficieront d'améliorations tangibles au fur et à mesure que les responsables politiques et les dispensateurs de services adopteront le cycle d'action en six étapes concrètes présentées dans le guide (voir Encadré 4). Les Groupes de travail du Partenariat prêteront leur concours durant ces étapes, comme l'indiquent les plans stratégiques individuels pour 2006-2015. La mise en œuvre de ce plan, de par sa perspective globale et son action concrète au niveau des pays, apportera une contribution

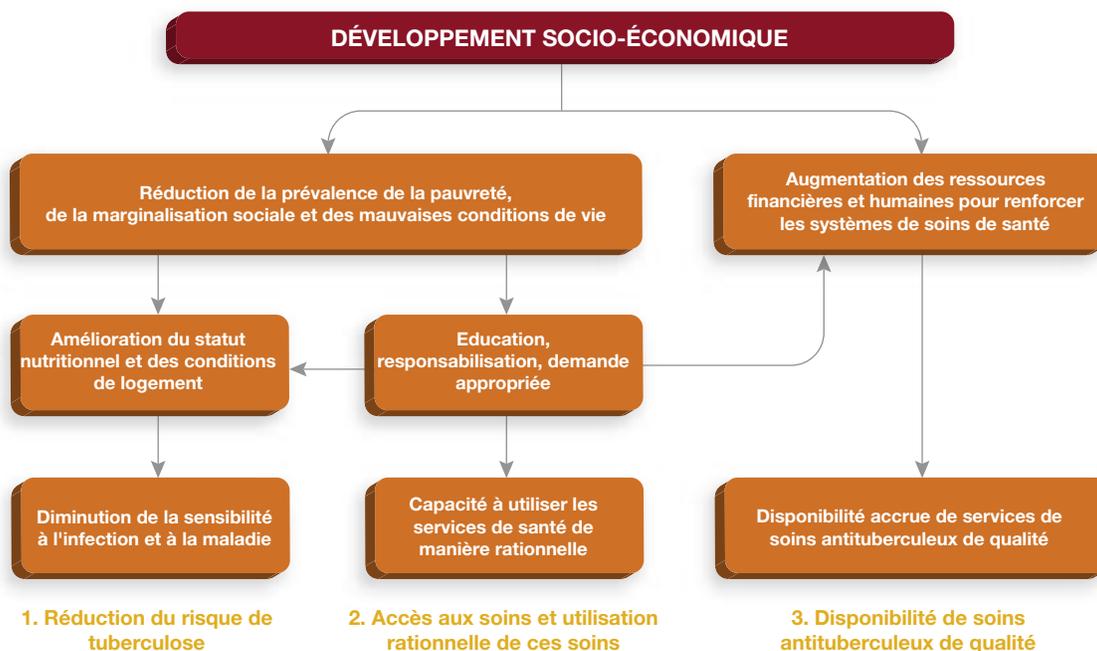
substantielle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant les maladies transmissibles et la réduction de la pauvreté.

### 3.4 La tuberculose chez l'enfant

L'idéal serait que tous les patients atteints de tuberculose reçoivent des soins normalisés de qualité dans le cadre d'un programme national de lutte antituberculeuse. En pratique, dans de nombreux pays, les soins fournis aux patients atteints de tuberculose en dehors de ce programme national ne répondent souvent pas aux normes minimum de bonne pratique clinique et de santé publique. Les enfants tuberculeux, en particulier, sont souvent soignés en dehors des programmes nationaux.

Le Groupe de travail du Partenariat sur l'extension de la stratégie DOTS a mis en place un sous-groupe sur la tuberculose chez l'enfant qui s'emploie à réduire la charge mondiale de la morbidité et de la mortalité dues à la tuberculose chez l'enfant, en encourageant l'intégration des soins aux enfants tuberculeux dans les activités systématiques de lutte antituberculeuse. Ce sous-groupe fournit une aide aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse, aux partenaires techniques et aux autres Groupes de travail du Partenariat pour leur permettre d'examiner précisément les questions liées au diagnostic et au traitement de la tuberculose chez l'enfant ainsi qu'à la formulation pharmaceutique de médicaments à l'intention des enfants tuberculeux. Il est urgent d'améliorer l'enregistrement des cas de tuberculose infantile ainsi que la déclaration des résultats thérapeutiques obtenus dans le cadre des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, puis d'utiliser ces données

FIGURE 7 : LIEN ENTRE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE, TUBERCULOSE ET SOINS ANTITUBERCULEUX



**ENCADRÉ 4 : RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ DANS LE CADRE DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE : SIX ÉTAPES CONCRÈTES<sup>20</sup>**

**Étape 1. Établir le profil des groupes défavorisés et vulnérables en s'appuyant sur :**

- les données administratives ou d'autres données disponibles sur la prévalence et la répartition de la pauvreté et de la vulnérabilité sociale, ainsi que sur les plans de réduction de la pauvreté ;
- les informations dont on dispose sur les différents types de dispensateurs de soins de santé auxquels font appel les groupes défavorisés et vulnérables ;
- les enquêtes menées à l'échelon local sur la situation socio-économique des patients atteints de tuberculose et sur les disparités liées à la pauvreté dans l'accès aux soins et les résultats thérapeutiques ;
- les informations concernant les adaptations déjà appliquées à la stratégie DOTS pour la prestation de soins aux groupes défavorisés et vulnérables.

**Étape 2. Évaluer les obstacles que rencontrent les groupes défavorisés et vulnérables pour accéder aux services de lutte antituberculeuse, classés selon les catégories suivantes :**

- obstacles économiques : l'organisation des services de lutte antituberculeuse simplifie-t-elle la filière d'accès aux soins de santé ? Les services de diagnostic et de traitement de la tuberculose sont-ils bien intégrés dans les services généraux de soins primaires ? La surveillance du traitement exige-t-elle de nombreuses consultations ? Quels sont les services payants ?
- obstacles géographiques : repérer les zones où les patients doivent parcourir de longues distances en terrain difficile pour atteindre les services de lutte antituberculeuse.
- obstacles socioculturels : repérer les zones et les groupes de population où les services de lutte antituberculeuse sont sous-utilisés.
- obstacles liés aux systèmes de santé : évaluer l'attitude des personnels à l'égard des patients pauvres et voir si la décentralisation favorise le renforcement des services de lutte antituberculeuse au niveau des soins primaires.

**Étape 3. Intervenir pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins, notamment :**

- s'attaquer aux obstacles économiques en intégrant des services de lutte antituberculeuse dans la prestation des soins primaires, encourager l'approche public-privé de la stratégie DOTS favorable aux groupes démunis, promouvoir la lutte antituberculeuse sur les lieux de travail, améliorer la couverture des réseaux de laboratoires réalisant l'examen microscopique des frottis, éviter que les services soient payants, fournir gratuitement l'examen microscopique de frottis et d'autres services diagnostiques.
- s'attaquer aux obstacles géographiques en développant l'implantation de services de diagnostic et de traitement dans les régions reculées, en fournissant des transports gratuits aux patients de ces régions et en encourageant la fourniture de soins antituberculeux au niveau communautaire.
- s'attaquer aux obstacles socioculturels en encourageant d'anciens malades et des collectifs de soutien à militer en faveur des services de lutte antituberculeuse et à promouvoir la mobilisation communautaire.
- s'attaquer aux obstacles liés au système de santé en participant activement à la décentralisation des services de santé afin d'assurer le renforcement des capacités dans les zones moins bien desservies et en fixant comme priorité au niveau du district la lutte antituberculeuse.

**Étape 4. S'occuper des situations et des groupes de population qui exigent une attention particulière, notamment :**

- les groupes de réfugiés, les demandeurs d'asile, les immigrants économiques et les populations déplacées ;
- les poches de pauvreté dans les pays plus nantis, les minorités ethniques, les sans-abri ;
- les utilisateurs de drogues injectables ;
- la population carcérale.

**Étape 5. Mobiliser des ressources en faveur de services de lutte antituberculeuse destinés aux pauvres en ayant recours<sup>21</sup> :**

- aux stratégies disponibles visant à améliorer l'accès aux services de santé (tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les stratégies de lutte contre la pauvreté) ;
- aux technologies visant à accroître l'efficacité et l'efficience de ces services.

**Étape 6. Évaluer les résultats des activités de lutte antituberculeuse favorables aux groupes démunis et les effets des mesures prises. Dans ce but :**

- mobiliser les ressources humaines et les autres ressources nécessaires pour veiller à l'équité au moyen d'alliances avec des partenaires (les universités, par exemple) ;
- intégrer les variables socio-économiques dans la collecte et l'analyse systématiques des données, veiller à ce que des questions relatives à la tuberculose figurent dans les enquêtes sanitaires de district et dans les autres enquêtes sur les ménages ;
- veiller à ce que des questions d'ordre socio-économique figurent dans les enquêtes de prévalence de la tuberculose ;
- mener périodiquement des études sur la demande de soins, le retard dans le diagnostic et l'utilisation de la stratégie DOTS dans les établissements de santé, en veillant à ce que celles-ci comportent un volet consacré aux données socio-économiques liées à ces questions ;
- mener des évaluations qualitatives au sein de la communauté et auprès des malades tuberculeux afin de déterminer qui bénéficie des services de lutte antituberculeuse (notamment des services associés de lutte contre le VIH) et qui n'en bénéficie pas.

## PARTIE I : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

pour veiller à ce que tous les enfants atteints de tuberculose puissent bénéficier de soins de qualité.

Les plans stratégiques de chacun des Groupes sur la mise en œuvre abordent la question des soins pour l'ensemble des patients atteints de tuberculose, dont les enfants. Ainsi les deux Groupes de travail sur respectivement, l'extension de la stratégie DOTS et l'interaction et la co-infection TB/VIH, par exemple, étudient l'intérêt du traitement prophylactique à l'isoniazide pour les malades exposés à un risque élevé de contracter la tuberculose, notamment les enfants de moins de 6 ans vivant avec un adulte atteint de tuberculose infectieuse, ainsi que les enfants de tous âges infectés par le VIH. Le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose, quant à lui, s'emploie à obtenir la mise au point de meilleurs tests diagnostiques pour la tuberculose infantile. Pour faciliter le traitement efficace des enfants tuberculeux, le Service pharmaceutique mondial (GDF) encourage la mise au point de formulations pharmaceutiques d'antituberculeux adaptés aux enfants.

### 3.5 Tuberculose et sexospécificité

Dans la plupart des pays, la tuberculose touche plus d'hommes que de femmes. La Fédération de Russie en est l'illustration : dans ce pays, sur les 120 000 nouveaux cas de tuberculose enregistrés en 2004 (hors population carcérale), on dénombrait 71 % d'hommes (85 000) et 29 % de femmes. La prédominance des hommes parmi les patients atteints de tuberculose dans la plupart des pays semble plutôt devoir s'expliquer par des différences épidémiologiques entre les sexes que par un accès différentiel aux soins de santé.<sup>22</sup>

Toutefois, un tableau différent se dessine actuellement dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH est élevée et dans lesquels la majorité des cas notifiés concerne désormais des femmes. Étant donné que les taux d'infection par le VIH sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, on relève davantage de cas de tuberculose chez les femmes, en particulier dans la tranche d'âge 15-24 ans.

S'attaquer aux différences sexospécifiques dans l'épidémiologie de la tuberculose et aux obstacles à l'efficacité des soins peut contribuer à assurer le plein accès à la stratégie Halte à la tuberculose. Le Partenariat étudie actuellement comment mieux intégrer encore les questions sexospécifiques dans l'ensemble des activités des Groupes de travail. Il recommande pour cela d'inclure les mesures pratiques suivantes dans les programmes nationaux de lutte antituberculeuse.

1. Les enquêtes sur la prévalence de la tuberculose dans la population aux fins de surveillance de la charge nationale de la maladie permettront d'obtenir des données précieuses sur la répartition par sexe des cas de tuberculose. Si la répartition par sexe relevée dans ce type d'enquête diffère de celle relevée dans les rapports des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, c'est que probablement les hommes et les femmes

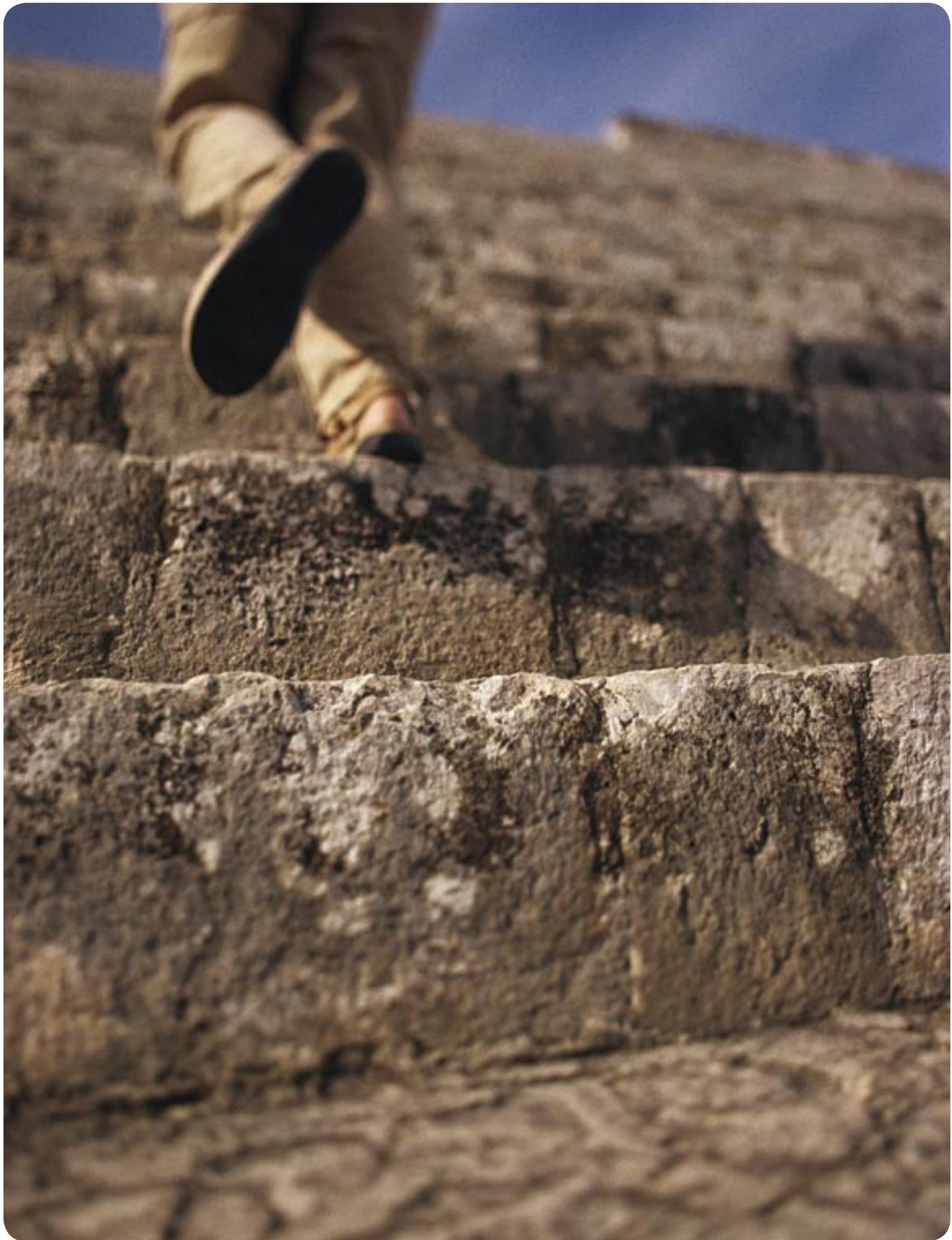
n'ont pas également accès aux soins de santé. Une recherche qualitative est alors utile pour étudier les raisons de cet accès différentiel.

2. Certaines mesures permettent de lutter contre l'accès différentiel aux soins de santé. On peut notamment :

- mettre en place des programmes et des activités d'information, d'éducation et de communication tenant compte des besoins des deux sexes ;
- organiser à l'intention des personnels de santé des formations techniques de sensibilisation aux différences sexospécifiques afin de combattre les discriminations sexuelles qui pourraient constituer un obstacle au diagnostic et au traitement de la tuberculose ;
- veiller à ce que la collecte et l'analyse de données tiennent compte du sexe ;
- augmenter la participation des dispensateurs de soins du secteur non gouvernemental à la lutte antituberculeuse et décentraliser les services de soins antituberculeux, afin que les organismes sociaux et les groupes de bénévoles (notamment les collectifs d'anciens patients) qui représentent les communautés, soient en mesure de repérer les discriminations sexuelles qui gênent l'accès au diagnostic et au traitement de la tuberculose et de les résoudre.

3. Dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, les mesures pour faire face à la proportion croissante de femmes chez les malades atteints de tuberculose peuvent notamment comporter :

- la collaboration du programme national de lutte antituberculeuse avec les services destinés aux femmes, tels que les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), afin que les femmes VIH-positives puissent bénéficier d'une information sur la tuberculose, de dépistages réguliers de la tuberculose et d'un traitement contre la tuberculose latente ;
- la participation d'organisations et d'associations féminines aux soins antituberculeux et aux activités de prévention de la maladie, par le recrutement et la formation de femmes, y compris de femmes VIH-positives, au bénévolat sanitaire.



# Réussir

Les objectifs incitent à agir et constituent des repères pour mesurer les progrès accomplis. Le financement intégral (US\$ 56 milliards) et la mise en œuvre totale du Plan permettraient de réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement concernant la tuberculose et d'atteindre au niveau mondial les objectifs du Partenariat pour 2015, à savoir réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité par rapport aux valeurs de référence de 1990. Pour réduire de moitié ou presque la prévalence et la mortalité entre 2006 et 2015 (période couverte par le Plan), d'énormes progrès sont nécessaires.

Les statistiques sur lesquelles reposent ces objectifs concernent des êtres humains. Leur sort pourra s'améliorer si les objectifs sont atteints : 50 millions de patients et leur famille pourront être traités et 14 millions de décès seront évités ; à l'avenir, des millions de gens ne seront plus menacés par les souffrances liées à la tuberculose ou ne craindront plus de succomber à cette maladie grâce aux nouveaux outils diagnostiques, médicaments et vaccins qui sont actuellement mis au point et qui vont ouvrir la voie à l'élimination de la tuberculose d'ici 2050.

La réalisation des objectifs du Partenariat pour 2015 mènera à l'élimination de la tuberculose d'ici 2050.

## 4. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS, BESOINS EN RESSOURCES ET IMPACT PRÉVU

### 4.1 Résultats escomptés

La mise en œuvre intégrale du Plan mondial de lutte contre la tuberculose signifiera que :

- 50 millions de personnes seront traitées dans le cadre des programmes DOTS et DOTS-Plus ;
- plus de 3 millions de personnes VIH-positives atteintes de tuberculose bénéficieront d'une thérapie antirétrovirale ;
- les activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale feront partie intégrante de la lutte antituberculeuse ;
- de nouveaux médicaments et tests diagnostiques seront utilisés et un nouveau vaccin sera homologué.

Voir Tableau 2 : Résumé des résultats escomptés

Le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006–2015 suppose pour les dix ans à venir une intensification massive des efforts par rapport à la décennie écoulée (voir Tableau 2, qui présente également les grandes étapes pour 2010). Entre 2006 et 2015, 21 millions de patients à frottis positif et près de 30 millions de patients à frottis négatif ou atteints de tuberculose extrapulmonaire bénéficieront d'un traitement sous DOTS, alors qu'ils étaient 12 millions dans chacune des catégories entre 1996 et 2005.

Le chiffre annuel de personnes à traiter dans le cadre des programmes DOTS devrait peu évoluer pendant les dix ans que durera le Plan, pour se stabiliser à environ 5 millions de patients par an, puisque la réduction de la transmission compensera les améliorations dans la détection des nouveaux cas (Figure 8a). La majorité des personnes à traiter vivent dans la région africaine et dans les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (Figure 8b).

En Europe orientale principalement, les programmes DOTS-Plus se développeront massivement, et connaîtront une accélération au cours des prochaines années (Figures 8c et 8d). Dans l'ensemble, le nombre des personnes atteintes de tuberculose multirésistante traitées dans le cadre de programmes DOTS-Plus sera en hausse, passant de 10 000 pour les dix années écoulées à près de 800 000 pour la décennie à venir.

Les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH seront, elles aussi, massivement accrues, dans l'esprit des plans de l'ONUSIDA en matière d'accès universel, principalement en Afrique mais également (pour les programmes de conseil et de dépistage du VIH à l'intention des patients atteints de la tuberculose) en Asie du Sud-Est (Figures 8e et 8f). Quelque 29 millions de patients tuberculeux bénéficieront de services de conseil et de dépistage du VIH/SIDA, et près de 210 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) subiront un test de détection de la tuberculose. Plus de 3 millions de patients

atteints de tuberculose suivront une thérapie antirétrovirale et un nombre à peu près équivalent de personnes VIH-positives un traitement préventif à l'isoniazide.

Ces résultats seront atteints grâce à une large extension géographique des activités pour améliorer la détection de nouveaux cas et les taux de succès thérapeutique des programmes DOTS, ainsi que par un élargissement important de la couverture géographique pour ce qui concerne les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et les programmes DOTS-Plus (Tableaux 2 et 3). Parmi ces activités on peut notamment citer :

- l'amélioration de la qualité des programmes DOTS grâce à de meilleurs effectifs et une meilleure supervision ;
- la mise en place ou l'extension d'initiatives telles que les approches public-privé, les soins au niveau communautaire, l'approche pratique de la santé respiratoire, et la détection intensive de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) ;
- une augmentation du nombre de laboratoires capables de réaliser une culture bactérienne et de procéder à des tests de sensibilité aux antituberculeux.

Le Tableau 3 présente les grandes étapes prévues pour 2010 et 2015 concernant les principales activités de mise en œuvre.

D'ici la fin du Plan, les premiers éléments d'une nouvelle série d'outils devraient être disponibles ; d'autres progrès décisifs suivront assurément. Ces objectifs sont très ambitieux et comportent inévitablement une part de risque scientifique et d'incertitude. Mais les nouveaux outils constitueront un volet essentiel de toute stratégie visant à éliminer la tuberculose d'ici 2050, et les perspectives actuelles sont encourageantes.

Le Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux estime que le premier nouveau médicament depuis 40 ans sera lancé en 2010. Ce nouveau médicament ou association de médicaments permettra de guérir la tuberculose en trois ou quatre mois, comparé aux six à huit mois actuels. L'objectif pour 2015 est le test clinique d'une association rationnelle de médicaments capable de réduire la durée du traitement à un ou deux mois, voire moins. Ce traitement sera efficace contre la tuberculose multirésistante et compatible avec un traitement antirétroviral pour les cas de co-infection TB/VIH. A ce moment-là, un nouveau traitement de l'infection tuberculeuse latente sera en cours d'essais cliniques. Tous les nouveaux schémas thérapeutiques devront être d'un coût abordable et faciles à utiliser sur le terrain.

Le Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux prévoit en outre que, d'ici 2015, les circonstances favoriseront la mise au point continue de nouveaux antituberculeux. Ces médicaments, à terme, pourront être utilisés en association afin d'obtenir de nouveaux schémas thérapeutiques qui révolutionneront le traitement de la maladie. Depuis l'arrivée des antituberculeux que nous utilisons actuellement, nous avons pu faire un certain nombre de constats, et notamment qu'il est nécessaire de s'appuyer sur un engagement, des recherches et une

PARTIE I : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

**TABLEAU 2 : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS**

Groupes de travail chargés de la mise en oeuvre (a)

	2006 (b)	2010 (b)	2015 (b)	2006-2015	1996-2005
<b>EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS</b>					
Nombre total de nouveaux cas à frottis positif sous traitement DOTS (en millions)	2,1 (3,3)	2,2 (2,8)	1,8 (2,2)	21 (27)	12 (36)*
Taux de détection (%)	65%	78%	84%	76%	32%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis positif traités avec succès par DOTS (en millions)	1,8 (2,1)	1,9 (2,2)	1,6 (1,8)	18 (21)	9 (11)**
Taux des succès thérapeutiques (%)	83%	86%	87%	85%	80%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS (en millions)	3,0 (4,5)	3,0 (3,9)	2,7 (3,2)	29 (39)	12 (45)*
Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS	66%	78%	84%	76%	26%
<b>DOTS-Plus</b>					
Nombre total de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus (en millions)	0,02 (0,12)	0,09 (0,14)	0,11 (0,11)	0,8 (1,3)	0,01***
Pourcentage de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus	17%	60%	100%	60%	
<b>TB/VIH</b>					
Nombre total de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (en millions)	11 (18)	22 (23)	26 (26)	206 (225)	N.D.
Pourcentage de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (c)	61%	98%	100%	91%	
Nombre total de PVVS récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide (en millions)	1,2 (30)	2,6 (35)	3,1 (40)	24 (354)	N.D.
Pourcentage de PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide	4%	8%	8%	7%	
Nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil (en millions)	1,6 (3,4)	3,1 (3,8)	2,9 (3,4)	27 (36)	N.D.
Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil	47%	81%	85%	74%	
Nombre total de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV (en millions)	0,2 (0,5)	0,3 (0,6)	0,4 (0,6)	3,2 (5,6)	N.D.
Pourcentage de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV	44%	57%	57%	57%	
<b>Sensibilisation, communication et mobilisation sociale (SCMS)</b>					
	Renforcement intensif des capacités pour mener des activités de SCMS dans 6 pays prioritaires grâce à un financement du Fond mondial.	15 pays menant des activités de SCMS et générant des données quantitatives et qualitatives sur la contribution SCMS à la lutte antituberculeuse.	Ensemble des pays gravement touchés menant des initiatives de SCMS.	La SCMS est une composante type de la stratégie internationale de lutte contre la tuberculose.	N.D.

Groupes de travail sur les nouveaux outils

	D'ici 2006	D'ici 2010	D'ici 2015
<b>Vaccins</b>			
	essais de phase I sur 5 candidats.	essais de phase II sur 9 candidats ; 2 vaccins au moins en phase IIb ou au stade de la validation de principe en 2008 ; début des essais de phase III	4 essais d'efficacité de phase III. Un vaccin sûr, efficace et homologué disponible en 2015.
<b>Médicaments</b>			
	27 nouveaux composés dans la filière de développement d'antituberculeux	1-2 nouveaux antituberculeux homologués ; durée du traitement ramenée à 3-4 mois.	7 nouveaux antituberculeux mis sur le marché ; modification radicale du schéma thérapeutique : essais cliniques sur des produits pour ramener le traitement à 1-2 mois.
<b>Produits diagnostiques</b>			
	Culture rapide pour la détection des cas et DST en phase de démonstration.	Examen microscopique amélioré et culture rapide sur les lieux de soins. Introduction de la détection des phages (+DST) et du TAN simplifié.	Test prédictif de l'ITBL (phase de démonstration)

(a) Les pourcentages ne sont pas toujours le résultat exact de la division du numérateur par le dénominateur du fait des erreurs d'arrondis.

(b) Les nombres entre parenthèses indiquent le dénominateur. Pour l'extension de la stratégie DOTS, il s'agit des nouveaux cas de tuberculose ; Pour la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du nombre total de cas détectés de tuberculose multirésistante ; Pour les PVVS ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, il s'agit du nombre total de PVVS fréquentant les services de soins anti-VIH. Pour les PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide, il s'agit du nombre total de PVVS.

(c) Les services de lutte contre le VIH comprennent le dépistage et le conseil et les services de traitement et de soins. Pour les patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH/conseil, il s'agit du nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS dans le cadre des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH. Pour les patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement ARV, il s'agit du nombre total de patients positifs pour la co-infection TB/VIH dont on sait qu'ils sont justiciables d'un traitement ARV.

\* Le numérateur est basé sur les données notifiées en supposant que les données pour 2004 et 2005 sont les mêmes qu'en 2003.

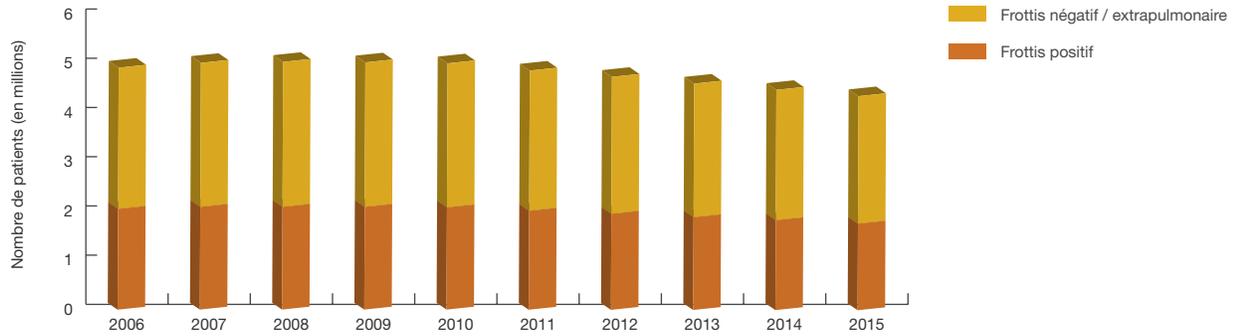
\*\* Le dénominateur est basé soit sur le total notifié, soit sur le total des cas inscrits pour bénéficier du traitement DOTS. Le nombre total des cas inscrits étant parfois inférieur au total notifié, le dénominateur (11 millions) est inférieur au total notifié (12 millions).

\*\*\* Nombre de patients approuvés par le Comité Feu Vert de 2000 à 2004.

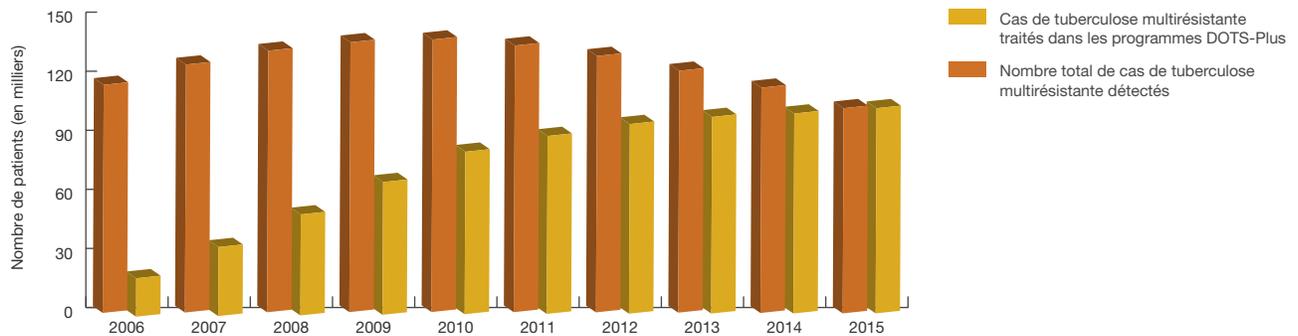
N.D. : données non disponibles mais susceptibles d'être très faibles.  
DST : test de sensibilité aux antituberculeux  
TAN : test d'amplification nucléique  
ITBL : infection tuberculeuse latente

**FIGURE 8 : RÉSULTATS ESCOMPTÉS PAR LES GROUPES DE TRAVAIL EXTENSION DOTS, DOTS-PLUS ET CO-INFECTION TB/VIH, PAR RÉGION, 2006–2015**

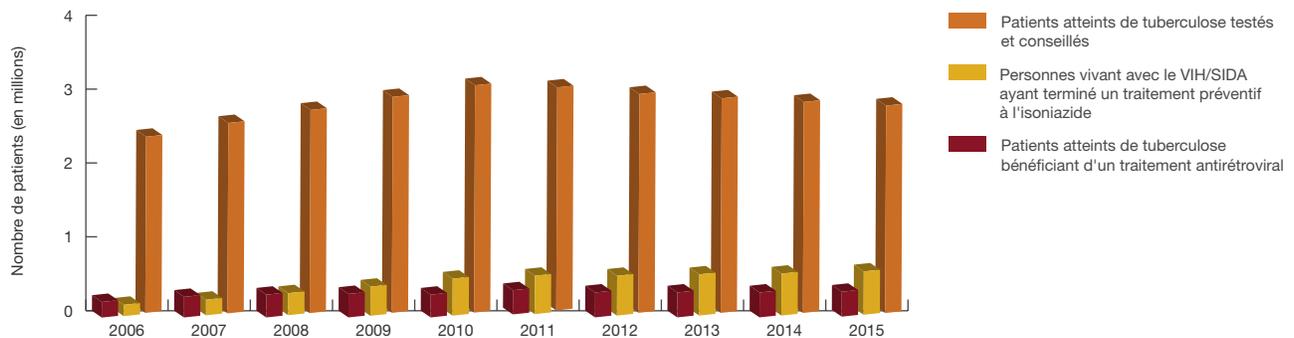
**a. Ensemble des cas de tuberculose à traiter dans les programmes DOTS, ensemble des régions, 2006–2015**



**c. Tuberculose multirésistante : nombre de cas détectés et de cas traités dans les programmes DOTS-Plus, ensemble des régions, 2006–2015**

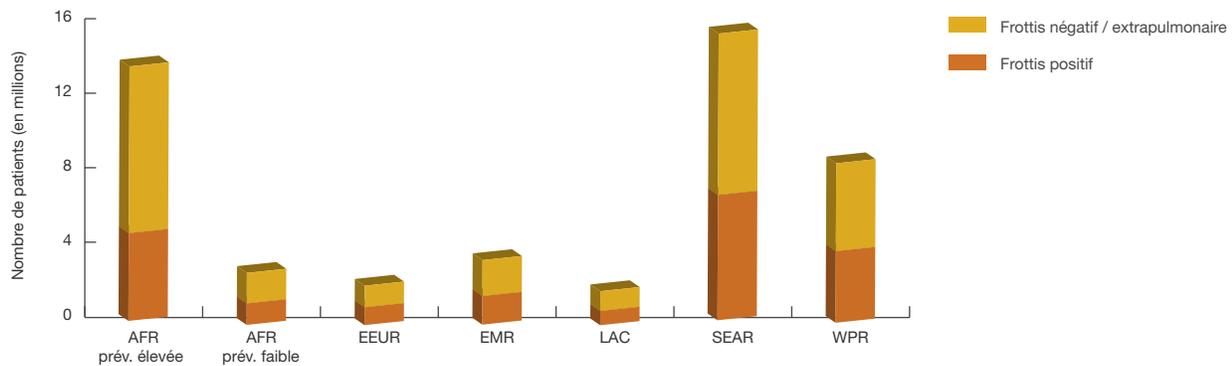


**e. Patients co-infectés par la tuberculose et le VIH ayant bénéficié d'un test, d'un conseil et d'un traitement antirétroviral, et personnes vivant avec le VIH/SIDA ayant terminé un traitement préventif à l'isoniazide, ensemble des régions, 2006–2015**

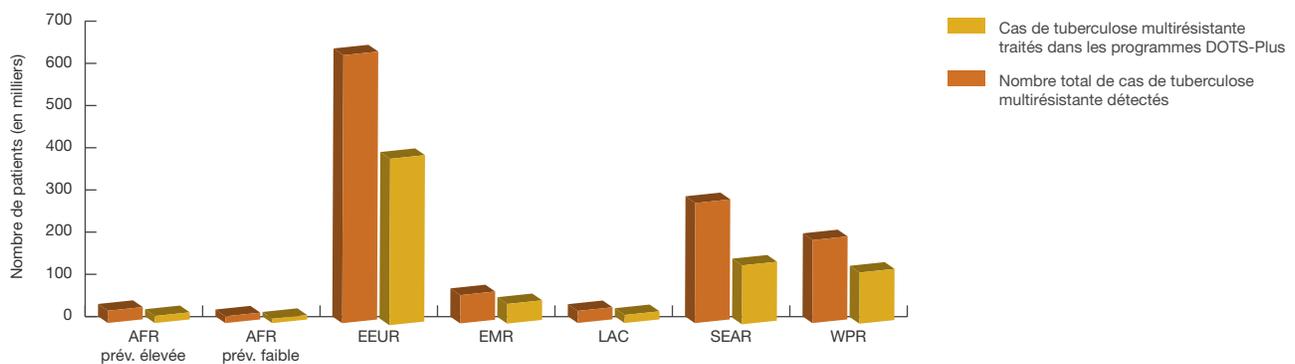


PARTIE I : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

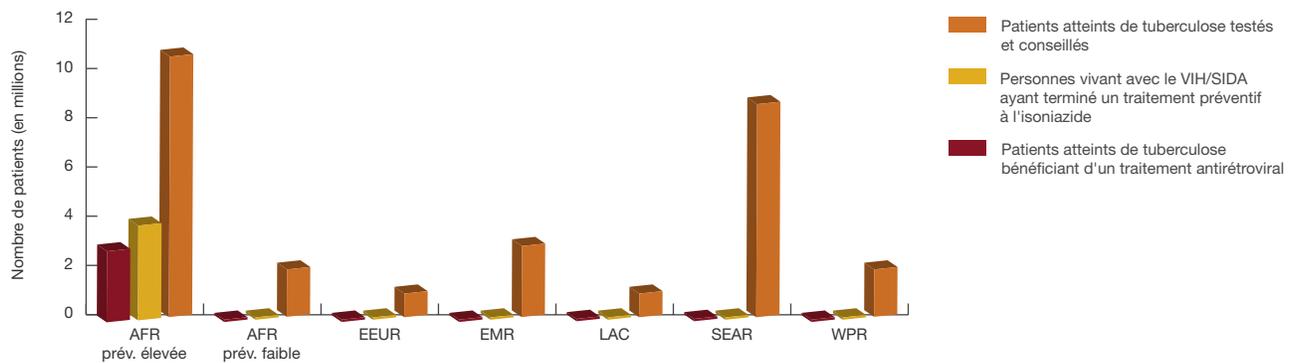
**b. Ensemble des cas de tuberculose à traiter dans les programmes DOTS, par région, 2006–2015**



**d. Tuberculose multirésistante : nombre de cas détectés et de cas traités dans les programmes DOTS-Plus, par région, 2006–2015**



**f. Patients co-infectés par la tuberculose et le VIH ayant bénéficié d'un test, d'un conseil et d'un traitement antirétroviral, et personnes vivant avec le VIH/SIDA ayant terminé un traitement préventif à l'isoniazide, par région, 2006–2015**





# Investir

De nombreux partenaires doivent investir du temps, des efforts mais aussi de l'argent pour que le Plan puisse être mis en œuvre. Sur dix ans, sa réalisation coûtera au total US\$ 56 milliards. L'expérience a montré que la lutte antituberculeuse est un bon investissement, car elle donne des résultats.

Tous les pays se sont engagés à faire en sorte que des ressources intérieures et extérieures suffisantes soient dégagées en vue d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à la tuberculose. Investir US\$ 56 milliards sur les dix prochaines années permettra de traiter 50 millions de patients, de sauver 14 millions de vies et de mettre au point de nouveaux outils diagnostiques, médicaments et vaccins susceptibles de révolutionner la lutte antituberculeuse dans le monde.

Investir dans la mise en œuvre du Plan permet d'améliorer la lutte contre la maladie, de favoriser la santé des communautés et de réduire la pauvreté.

**TABLEAU 3 : PRINCIPALES ACTIVITÉS DE MISE EN ŒUVRE**

	2005	2010	2015
<b>Couverture de la stratégie DOTS</b>	Tous les 22 pays durement touchés par la tuberculose sont couverts, à l'exception du Brésil et de la Fédération de Russie	Couverture totale par la stratégie DOTS	
<b>DOTS : amélioration de la qualité</b>	Investissements et résultats considérables, en particulier dans les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental	Réalisée dans tous les pays prioritaires en Afrique et dans les régions des Amériques, de l'Europe orientale et de la Méditerranée orientale	Réalisée dans tous les pays
<b>Approches public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS</b>	Expérimentation à l'aide de tests pilotes dans la plupart des pays les plus touchés par la tuberculose, extension limitée dans quelques uns des pays durement touchés et dans d'autres pays	Extension réalisée dans les principaux pays et initiée dans la plupart des pays durement touchés par la tuberculose et dans d'autres pays prioritaires	Extension réalisée ; couverture : 3,8 milliards de personnes *
<b>Stratégie DOTS communautaire</b>	Large utilisation dans un certain nombre de pays, principalement dans la région africaine, et les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental	Extension totalement achevée pour assurer la couverture de toute la population en Afrique et dans la plupart des autres pays durement touchés par la tuberculose ou dans les pays prioritaires.	Extension réalisée dans toutes les zones où le besoin existe, concerne 1,9 milliards de personnes*
<b>Approche pratique de la santé respiratoire</b>	En cours dans 17 pays	Extension initiée dans certains pays, principalement dans les régions des Amériques, de l'Europe orientale et de la Méditerranée orientale	Extension réalisée dans toutes les zones où le besoin existe ; couverture : 2 milliards de personnes*
<b>Culture bactérienne et tests de sensibilité aux antituberculeux</b>	Largement utilisés en Europe orientale, mais une amélioration de la qualité est nécessaire. Utilisation très limitée dans les autres régions	Cinquante pour cent au moins de la population de toutes les régions vivent dans des zones où l'on réalise des cultures bactériennes et des tests de sensibilité aux antituberculeux.	Extension réalisée ; couverture : plus de 5 milliards de personnes*
<b>Stratégie DOTS-Plus</b>	35 projets DOTS-Plus approuvés par le Comité Feu Vert dans 29 pays. Lignes directrices DOTS-Plus actualisées. Réforme du Groupe de travail DOTS-Plus et du Comité Feu Vert pour répondre aux futurs enjeux	Collecte de données de surveillance de la résistance aux médicaments antituberculeux fournies par 130 pays, dont ceux ayant une forte prévalence de TB-MR. Médicaments de seconde intention sous assurance qualité produits dans les pays durement touchés par la tuberculose. Réalisation de cultures et de tests de sensibilité aux antituberculeux sous assurance qualité dans 92 % des cas de tuberculose en Europe orientale et 60 % des cas de retraitement dans d'autres régions.	Révision des estimations de la TB-MR basée sur les données représentatives de la surveillance de la résistance aux médicaments provenant à 90 % des lieux de soins. Réalisation de cultures et tests de résistance aux antituberculeux pour tous les cas de retraitement dans le monde et pour tous les cas en Europe orientale. Tous les cas de TB-MR détectés traités avec des médicaments sous assurance qualité.
<b>Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH</b>	De nombreux pays dans toutes les régions enregistrant une forte prévalence de la co-infection TB/VIH étendent leurs activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH	Extension totalement achevée dans les pays ayant la plus forte prévalence de tuberculose liée au VIH.	Extension totalement achevée dans les lieux de soins où le besoin existe (c'est-à-dire là où la prévalence du VIH chez les adultes est supérieure à 1 % dans la population générale ou à 5 % parmi les patients atteints de tuberculose)

\* Les personnes concernées sont les personnes qui vivent dans des zones où les approches ont été mises en œuvre.

## PARTIE I : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

vigilance continue au niveau mondial pour assurer la mise au point constante de nouveaux antimicrobiens qui permettront d'éliminer la tuberculose au cours du XXI<sup>e</sup> siècle.

Le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose prévoit de lancer, d'ici 2008, une nouvelle technologie diagnostique à l'intention des laboratoires de référence. Simple à utiliser et d'une précision similaire à celle de la culture, cette technologie peut fournir des résultats en quelques heures ou quelques jours au lieu de plusieurs semaines. D'ici 2010, de nouveaux tests seront disponibles pour la détection sur le terrain de la tuberculose-maladie au premier niveau d'intervention, c'est-à-dire qu'ils seront utilisables par des agents de santé en milieu rural. Ces nouveaux tests seront plus sensibles, plus simples à utiliser et aussi économiques que l'examen microscopique des frottis. Ils consisteront soit en un appareil sans mécanisme, soit en un instrument portable, léger et très simple, ne nécessitant l'un comme l'autre qu'un minimum de formation pour pouvoir être utilisé. D'ici 2015 nous disposerons d'une procédure de diagnostic rapide, capable de repérer non seulement les cas d'infection tuberculeuse latente (chez des malades VIH-positifs ou non), mais aussi les patients les plus susceptibles de voir leur infection évoluer vers une tuberculose-maladie.

La mise au point de nouveaux vaccins est particulièrement difficile à réaliser, mais sans conteste très gratifiante. Le calendrier de la mise au point des vaccins dépend de la disponibilité de candidats vaccins intéressants et de la nécessité de procéder à des essais cliniques extensifs pour établir leur sécurité et confirmer leur efficacité pour les populations humaines. Le Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux prévoit qu'un nouveau vaccin sûr et efficace – le premier d'une série – sera homologué et disponible à un prix raisonnable d'ici 2015.

### 4.2 Besoins en ressources et financement

**Le coût total du Plan mondial 2006–2015 est estimé à US\$ 56,1 milliards.**

- **80 % (US\$ 44,3 milliards) sont destinés aux activités au niveau des pays, en particulier en Afrique.**
- **Une grande partie du coût (US\$ 28,9 milliards) est destinée aux programmes DOTS.**
- **La stratégie DOTS-Plus et les activités de lutte contre la co-infection TB/VIH coûteront respectivement environ US\$ 5,8 et US\$ 6,7 milliards.**
- **US\$ 9 milliards sont destinés à la recherche-développement concernant de nouveaux outils.**

#### Besoins en ressources

Le tableau 4 fournit un résumé du coût total et des déficits de financement de 2006 à 2015, par Groupes de travail. La figure 9 représente la ventilation du total des coûts du Plan mondial, selon les explications ci-dessous.

Le coût total du Plan mondial pour la décennie s'élève à US\$ 56,1 milliards. On estime que US\$ 25,3 milliards sont aujourd'hui disponibles, ce qui laisse un déficit de financement de US\$ 30,8 milliards (Figure 9a). Chacun des Groupes de travail a prévu que les investissements annuels allaient être multipliés par un facteur de 2 à 7 par comparaison avec le premier Plan. Globalement, pour le Plan 2006–2015, l'investissement annuel dans la lutte contre la tuberculose sera trois fois plus élevé que pour le Plan précédent.

La plus grande partie du budget est destinée aux investissements des programmes DOTS (US\$ 28,9 milliards), suivi des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH (US\$ 6,7 milliards) et de la stratégie DOTS-Plus (US\$ 5,8 milliards) (Figure 9b). Le coût total de la recherche-développement est de US\$ 9 milliards, principalement consacrés aux médicaments et aux vaccins.

Plus de 80 % du total des coûts sont destinés à l'investissement au niveau des pays (US\$ 44,3 milliards), tandis que US\$ 11,9 milliards sont nécessaires au niveau mondial pour encourager la recherche-développement (US\$ 9 milliards) et la coopération technique par des organismes internationaux (US\$ 2,9 milliards) (Figure 9c). Plus de 40 % des investissements au niveau des pays sont nécessaires pour l'Afrique (US\$ 19,4 milliards), qui est suivie par l'Europe orientale avec un besoin total de US\$ 9,2 milliards, les besoins des autres régions variant entre US\$ 2 et 6 milliards (Figure 9d).

Le total annuel des coûts augmente régulièrement avec le temps, passant de US\$ 4,2 milliards en 2006 à US\$ 6,5 milliards en 2015 (Figure 10).

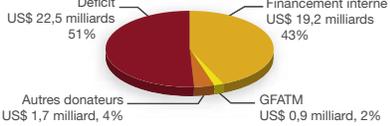
La Figure 11 montre que US\$ 44,3 milliards sont nécessaires aux investissements au niveau des pays. Les régions où les coûts ont augmenté le plus pendant la durée du Plan sont l'Afrique et l'Europe orientale, les coûts dans les autres régions demeurant relativement stables.

Dans toutes les régions, l'extension de la stratégie DOTS représente la part la plus importante des coûts bien que les programmes de lutte contre la co-infection TB/VIH soient importants en Afrique et ceux de DOTS-Plus en Europe orientale (Figure 12).

#### Financement et mobilisation des ressources

Le financement nécessaire à la mise en œuvre des activités est estimé à US\$ 22,5 milliards alors que le total des besoins s'élève à US\$ 47,2 milliards (tableau 4 et Figures 13a, b). Les fonds manquants passeront de US\$ 1,4 milliard en 2006 à US\$ 3,1 milliards en 2015. Il y a deux raisons principales à cette augmentation du déficit de financement : d'une part les estimations du financement disponible sont basées sur l'hypothèse que les financements nationaux et ceux accordés par les donateurs (à l'exception de ceux du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) seront maintenus aux niveaux de 2005 et de 2004 respectivement (voir aussi note en bas du tableau 4) ; d'autre part, le Plan prévoit d'importants investissements dans de nouvelles interventions,

**TABLEAU 4 : COÛT TOTAL ET DÉFICITS DE FINANCEMENT 2006–2015, PAR GROUPE DE TRAVAIL (EN US\$ MILLIARDS)**

	Deuxième Plan mondial Halte à la tuberculose, période de 10 ans, 2006–2015			Premier Plan mondial, période de 5 ans, 2001–2005
	Coût	Financement disponible*	Déficit de financement	Coût
<b>GROUPES DE TRAVAIL SUR LA MISE EN OEUVRE</b>				
Extension DOTS – Besoins des pays	28,9	 <p>Déficit US\$ 11,5 milliards, 51% Financement interne US\$ 9,7 milliards, 43% Autres donateurs US\$ 1,3 milliard, 6%</p>	24,7	6,0
DOTS-Plus – Besoins des pays	5,8			1,1
TB/VIH – Besoins des pays	6,7			0,6
SCMS – Besoins des pays	2,9			0,0
Agences externes (coopération technique)**	2,9	0,7	2,2	0,3
<b>Total Groupes de travail sur la mise en oeuvre</b>	<b>47,2</b>	<b>22,5</b>	<b>24,7</b>	<b>8,0</b>
<b>GROUPES DE TRAVAIL SUR LES NOUVEAUX OUTILS</b>				
Recherche-Développement				
VACCIN***	3,6	2,1	1,5	0,4
MÉDICAMENTS	4,8	0,6	4,2	0,3
PRODUITS DIAGNOSTIQUES	0,5	0,1	0,4	0,2
<b>Total Groupes de travail sur les nouveaux outils</b>	<b>9,0</b>	<b>2,8</b>	<b>6,1</b>	<b>0,9</b>
<b>TOTAL DES BESOINS POUR LE PLAN MONDIAL</b>	<b>56,1</b>	<b>25,3</b>	<b>30,8</b>	<b>9,1</b>

\* Pour le financement interne, on suppose que les engagements des gouvernements pour 2005 sont maintenus et majorés pour tenir compte de l'inflation ; les engagements du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont fondés sur les résultats des cycles 1 à 5 (couvrant la période 2006–2011) ; pour les fonds provenant des autres donateurs on suppose que les engagements notifiés en 2004 sont maintenus et majorés pour tenir compte de l'inflation.

\*\* La coopération technique englobe l'appui stratégique et technique, le renforcement des capacités, la surveillance et l'évaluation, la recherche opérationnelle et l'élaboration des politiques, ainsi que le fonctionnement des groupes de travail.

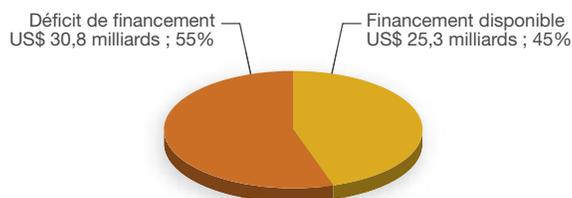
\*\*\* Englobe le coût du maintien du programme actuel de vaccination par le BCG.

N.B. Le total de chaque colonne peut être différent de la somme exacte des montants indiqués, les chiffres ayant été arrondis.

**FIGURE 9 : VENTILATION DU TOTAL DES COÛTS DU PLAN MONDIAL, 2006–2015**

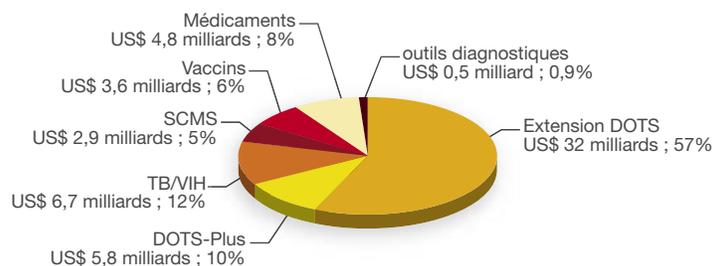
**a. Total des besoins, financement disponible et déficit de financement, 2006–2015**

Total des besoins : US\$ 56,1 milliards



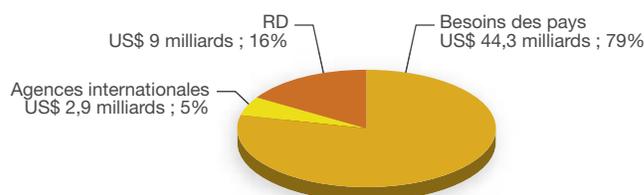
**b. Total des besoins par Groupe de travail\*, 2006–2015**

Total des besoins : US\$ 56,1 milliards



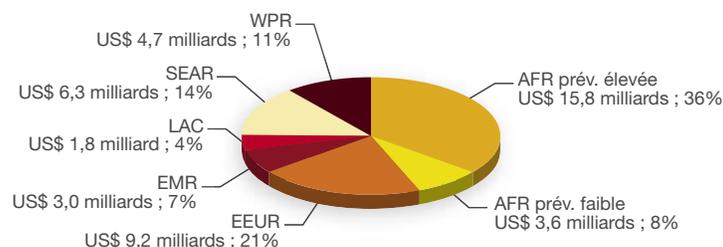
**c. Total des besoins pour les pays, la recherche-développement (RD) et les agences internationales, 2006–2015**

Total des besoins : US\$ 56,1 milliards



**d. Total des besoins des pays pour la mise en œuvre, par région, 2006–2015**

Total des besoins : US\$ 44,3 milliards



\* Le coût lié aux agences internationales (coopération technique) pour les Groupes de travail extension DOTS, DOTS-Plus, co-infection TB/VIH et sensibilisation, communication et mobilisation sociale (SCMS) est compris dans la tranche extension DOTS.

FIGURE 10 : TOTAL DES COÛTS DE LA MISE EN ŒUVRE ET DES NOUVEAUX OUTILS, 2006-2015

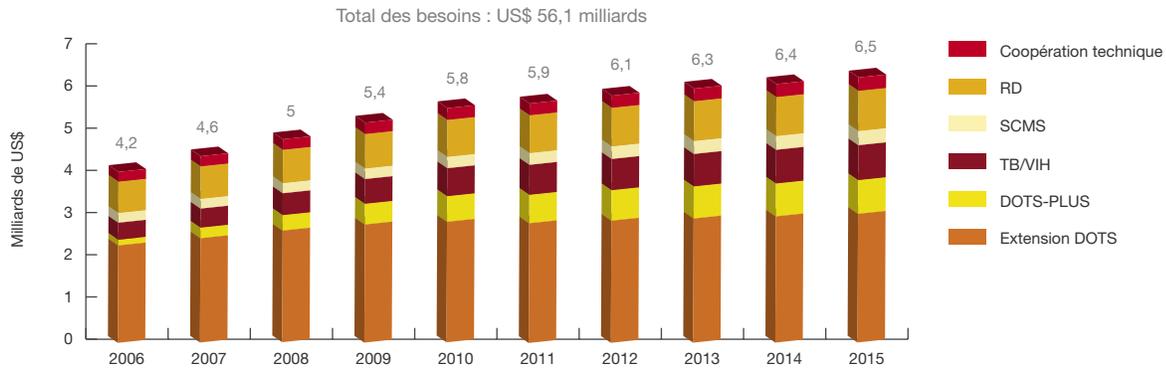
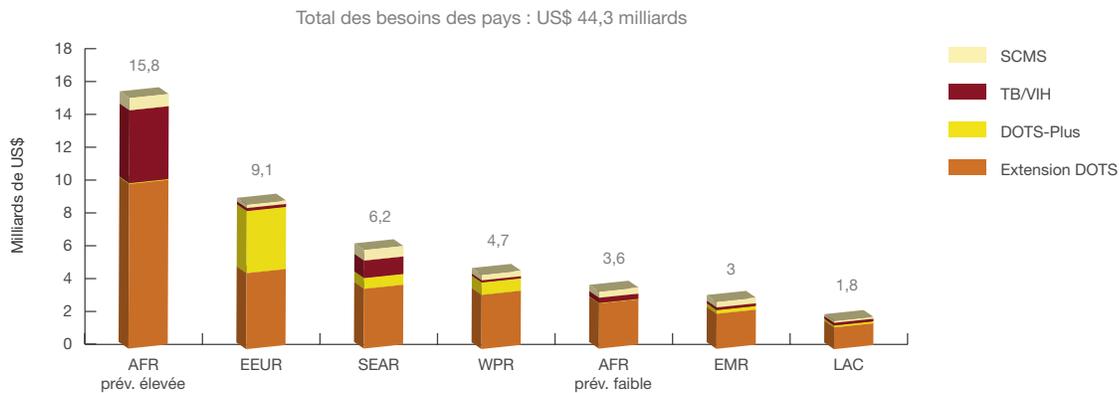


FIGURE 11 : TOTAL DES BESOINS DES PAYS, PAR RÉGION, 2006-2015

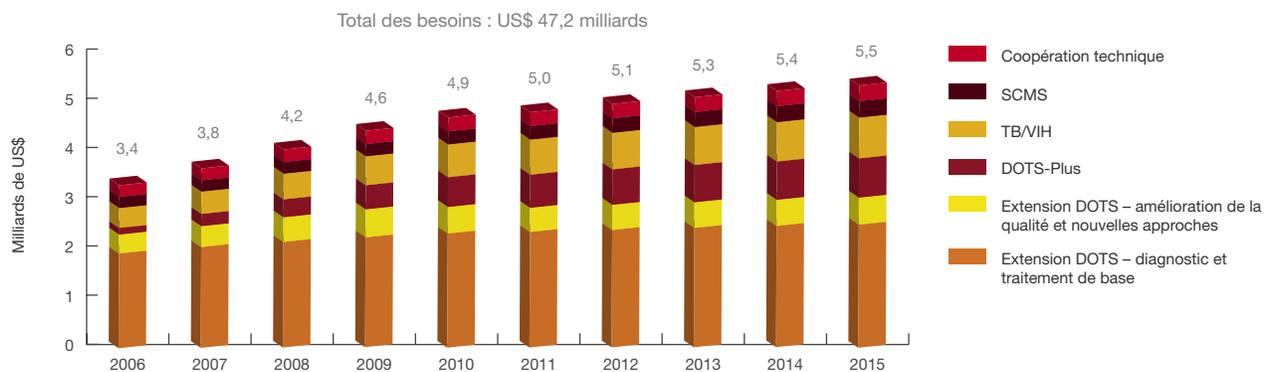


FIGURE 12 : TOTAL DES BESOINS DES PAYS POUR LA MISE EN ŒUVRE, PAR RÉGION, 2006-2015

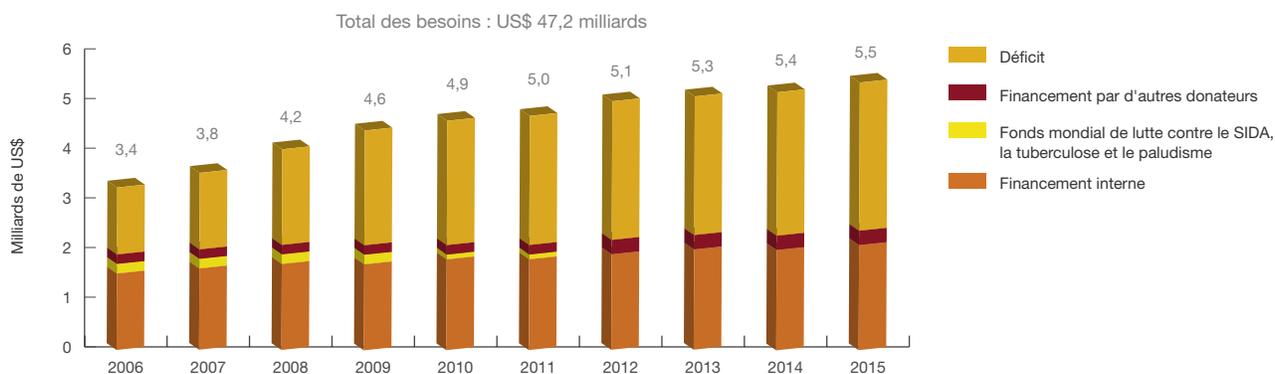


**FIGURE 13 :** TOTAL DES BESOINS DES PAYS, FINANCEMENT DISPONIBLE ET DÉFICIT DE FINANCEMENT POUR LA MISE EN ŒUVRE, 2006–2015

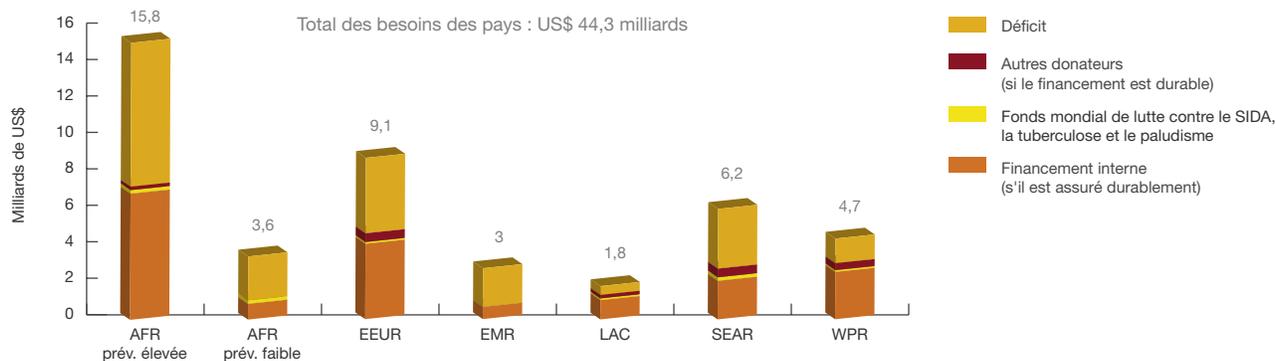
**a. Besoins en financement**



**b. Financement et déficit de financement**



**c. Financement et déficit de financement par région\***



\* La coopération technique n'étant pas estimée au niveau régional, le déficit total représenté est de US\$ 22,5 milliards au lieu de US\$ 24,7 milliards.

conformément à la nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose (Figure 13a). Il s'agit notamment de nouvelles approches de la mise en œuvre de la stratégie DOTS (comme les approches public-privé ou l'approche pratique de la santé respiratoire), ainsi que d'une plus large mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus, de la lutte contre la co-infection TB/VIH et des activités liées à la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale. Le Plan prévoit également beaucoup plus d'investissements dans la coopération technique, nécessaire pour soutenir cet accroissement substantiel du nombre et de l'envergure des interventions. Ces importants investissements supplémentaires nécessiteront de plus grands engagements financiers de la part des gouvernements des pays durement touchés par la tuberculose et des donateurs. Étant donné la répartition actuelle du financement de la lutte contre la tuberculose et l'ampleur du déficit de financement, il est probable que les gouvernements des pays durement touchés par la tuberculose devront eux-mêmes combler une grande partie de ce déficit (pour combler le déficit du coût de la mise en œuvre, le financement des donateurs devrait être multiplié par 8 et le financement national par 2).

Afin de mobiliser le soutien financier requis pour mettre en place le Plan mondial 2006–2015 (US\$ 56,1 milliards sur 10 ans), l'importance de la tuberculose devra mieux être mise en évidence dans les programmes de développement et l'engagement politique renforcé à tous les niveaux. Le Partenariat atteindra ces objectifs par une intensification des campagnes de sensibilisation qui seront stratégiquement orientées, la création d'une coalition conçue pour faire activement participer un plus large éventail de partenaires, la mise en place de partenariats renforcés, en particulier avec de nouveaux donateurs, et la mobilisation de la société civile grâce à l'autonomisation de patients militants et des communautés. Étant donné que le plus important déficit de financement pour la mise en œuvre du Plan dans les pays s'observe en Afrique, une attention particulière est à porter à cette région (Figure 13c).

Actuellement, les budgets de la lutte contre la tuberculose proviennent de sources diverses. En 2005, plus de la moitié des financements destinés à la lutte antituberculeuse dans les 22 pays durement touchés par la tuberculose provenait des budgets nationaux, y compris certains financements externes relevant de l'assistance directe fournie par les donateurs dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté. Le reste du financement provenait de prêts, de subventions (y compris les aides accordées pour des projets spécifiques) et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Dans de nombreux pays, les fonds privés comptent aussi pour une part importante du total. Les gouvernements et les donateurs financent également des programmes en vue de renforcer le secteur de la santé au sens large, et notamment d'accroître les effectifs et de fidéliser les personnels de santé.

Pour augmenter les financements nécessaires à la réalisation des objectifs du Plan, il faudra bien utiliser et mieux coordonner ces mêmes instruments de financement. Dans la plupart des pays à faible revenu les niveaux actuels des dépenses de

santé publique sont très en deçà du minimum nécessaire pour offrir un accès universel aux services. A Abuja, en 2000, les gouvernements africains se sont engagés à augmenter le financement de la santé dans leur budget pour le faire passer d'une moyenne de 8 à 15 %. Cependant, la plupart des pays sont loin d'atteindre cet objectif. Les pays peuvent être encouragés à mobiliser des ressources nationales supplémentaires pour la santé, mais des financements externes supplémentaires restent néanmoins nécessaires pour contribuer à combler le déficit de financement.

Les pays donateurs se sont engagés à augmenter leur aide au développement. Si ces nouvelles ressources sont utilisées efficacement, elles peuvent permettre de développer largement l'accès aux services de santé essentiels, et notamment au diagnostic et au traitement de la tuberculose. Cependant, la diversité des instruments de financement peut être à l'origine de chevauchement des activités, de lacunes et d'un manque de cohérence dans l'affectation des fonds là où ils pourraient être efficacement utilisés. Le Partenariat Halte à la tuberculose, s'appuyant sur le recensement des besoins en ressources présenté dans le Plan, encouragera l'analyse des besoins relatifs et de l'efficacité des différents modes de financement (comme le soutien du secteur de la santé par le canal des budgets nationaux ou le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme), pour contribuer à assurer que les ressources sont utilisées de manière optimale.

### 4.3 Impact du Plan mondial

**La mise en œuvre intégrale du deuxième Plan mondial de lutte contre la tuberculose signifiera que :**

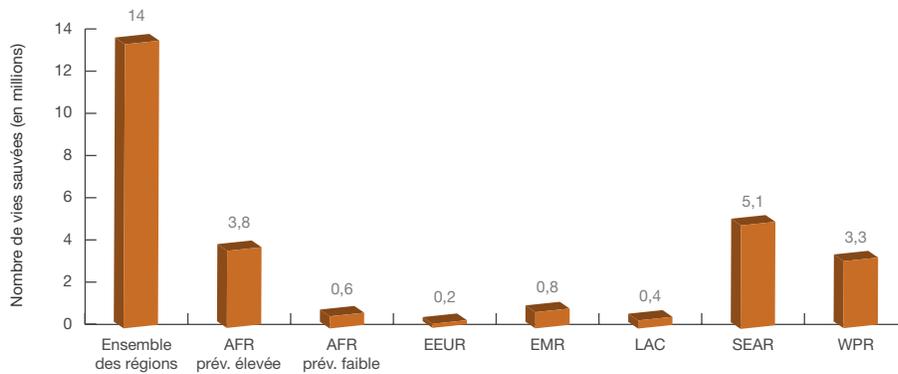
- **14 millions de vies seront sauvées entre 2006 et 2015,**
- **la cible pour la tuberculose des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser l'incidence actuelle d'ici 2015 – sera atteinte,**
- **les objectifs ambitieux du Partenariat pour 2015 – diminuer de moitié les taux de prévalence et de mortalité par rapport aux valeurs de référence de 1990 – seront globalement atteints.**

Sur la base de ce scénario ambitieux mais réaliste, les objectifs mondiaux pour 2015 seront réalisés et un total de 14 millions de vies sera sauvé pendant la durée du Plan, principalement dans la région africaine et dans les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (Figure 14). Près de 30 millions de cas de tuberculose seront évités principalement dans les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose chutera d'environ 8 millions en 2005 à moins de 6 millions en 2015.

*Voir Figure 15 : Projections des taux d'incidence, de prévalence et de la mortalité si le Plan mondial est intégralement mis en œuvre dans sept régions du monde*

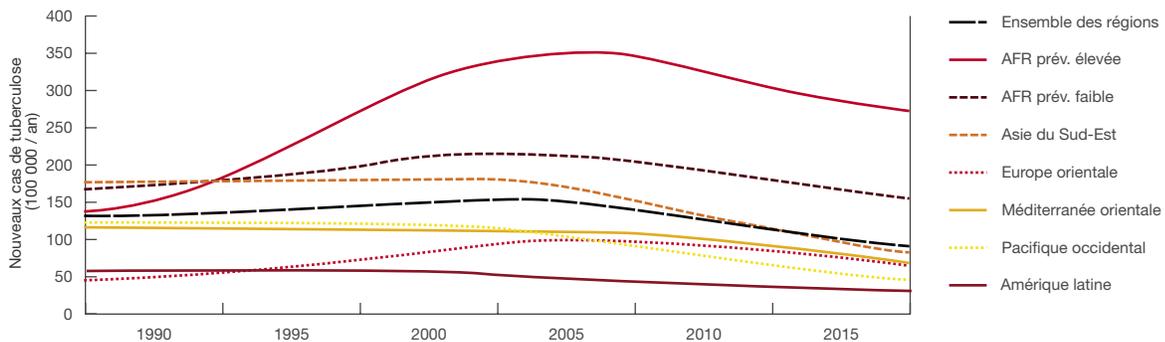
Au niveau mondial et dans toutes les régions, les taux d'incidence de la tuberculose chuteront d'ici 2015, répondant ainsi à la

**FIGURE 14 :** NOMBRE PRÉVU DE VIES SAUVÉES DANS LE CADRE DU PLAN MONDIAL, 2006–2015

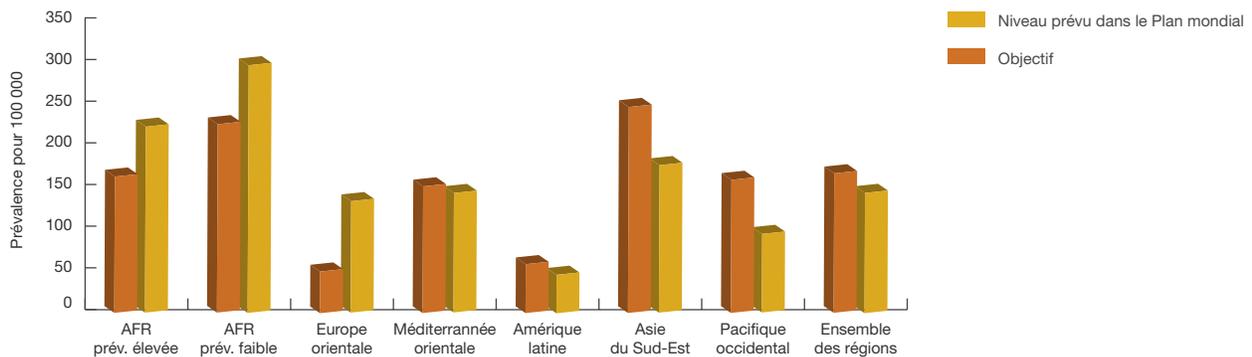


**FIGURE 15 :** PROJECTIONS DES TAUX D'INCIDENCE, DE PRÉVALENCE ET DE LA MORTALITÉ SI LE PLAN MONDIAL EST INTÉGRALEMENT MIS EN ŒUVRE DANS SEPT RÉGIONS DU MONDE

**a. Taux d'incidence de la tuberculose, par région, 2006–2015**



**b. Taux de prévalence en 2015 en comparaison avec les objectifs**



c. Taux de mortalité en 2015 en comparaison avec les objectifs

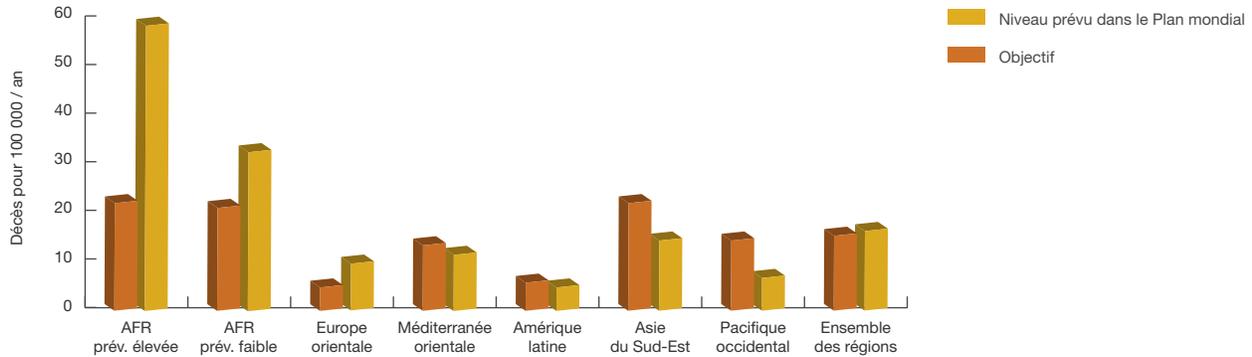
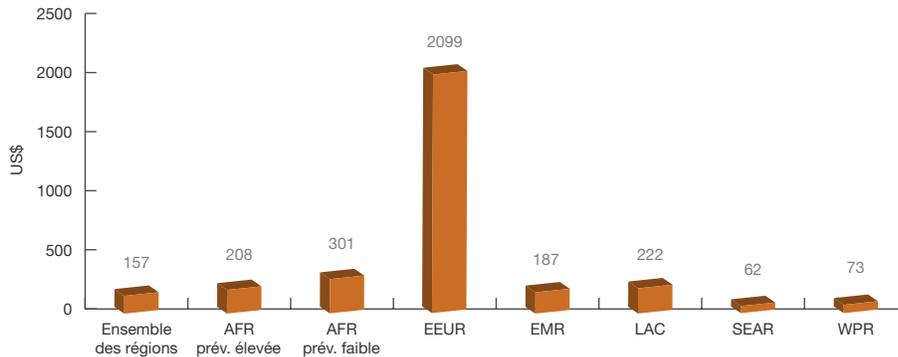


FIGURE 16 : RAPPORT COÛT/EFFICACITÉ DU PLAN MONDIAL

Coût par DALY supplémentaire, par région, 2006–2015



cible des OMD concernant la tuberculose (Figure 15a). Dans la plupart des régions où l'épidémie mondiale de tuberculose est concentrée (Amérique latine, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental), les taux de prévalence et de mortalité atteindront ou dépasseront les objectifs du Partenariat pour 2015 (diminuer de moitié les taux de prévalence et de mortalité par rapport aux valeurs de référence de 1990) (Figure 15b, c). Malgré d'énormes difficultés, les progrès réalisés dans les deux autres régions (Europe orientale et Afrique) sur la durée du Plan 2006–2015 seront semblables à ceux qui seront obtenus dans d'autres régions. Cependant, il est possible que les objectifs du Partenariat ne soient atteints qu'après 2015 en Europe orientale et plus tard encore en Afrique, du fait que les objectifs sont exprimés par rapport à l'année de référence 1990 et que, dans les années 90, on a assisté à une très forte recrudescence de la tuberculose dans les deux régions.

Pour atteindre ces objectifs en Afrique et en Europe orientale d'ici 2015 il faudra apporter d'énormes améliorations aux systèmes de santé en général, réduire rapidement de près de 50 % l'incidence du VIH et disposer sans délai des nouveaux outils. Il est peu probable qu'un financement supplémentaire conséquent ou encore des efforts plus importants permettent de surmonter les obstacles d'ici 2015, bien que tout doive être fait pour diminuer de moitié et le plus rapidement possible la prévalence et la mortalité. Les différents besoins et résultats régionaux sont présentés en détail dans la Partie II du Plan.

**Rapport coût/efficacité**

Si l'on combine les coûts et l'impact projetés, le deuxième Plan mondial coûtera environ US\$ 150 par année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY)<sup>23</sup> gagnée – soit moins de 1 dollar par jour de vie sauvé. La lutte contre la tuberculose dans les régions de

l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental est d'un bon rapport coût/efficacité : environ US\$ 60 à 70 par DALY gagnée. En revanche, le coût par DALY est sensiblement supérieur en Europe orientale en raison d'une hospitalisation massive relativement onéreuse pour le traitement normal de la tuberculose et des coûts beaucoup plus élevés liés au traitement de la tuberculose multirésistante (Figure 16).

*Voir Figure 16 : Rapport coût/efficacité du Plan mondial*

### De nouveaux outils

Les projections ci-dessus sont basées sur l'utilisation optimale des médicaments, des diagnostics et des vaccins existants. Elles n'incorporent pas, à ce stade, les hypothèses relatives à l'impact des nouveaux outils qui seront mis en place pendant la durée du Plan.

Le travail de modélisation commandé dans le cadre du Projet du Millénaire<sup>24</sup> a confirmé les importants gains potentiels d'une extension rapide de la stratégie DOTS, mais laisse entendre que l'impact de cette stratégie pourrait être substantiellement accru si de nouveaux outils étaient disponibles. Par exemple, des schémas thérapeutiques plus courts, en réduisant la probabilité d'abandon de traitement et d'échec thérapeutique, pourraient réduire l'incidence et la mortalité annuelles d'environ 40 % d'ici 2030. Des traitements simplifiés associés à de nouveaux tests diagnostiques pourraient faciliter une détection plus large de cas dans les programmes DOTS, et accroître ainsi nettement les avantages. Le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose travaille actuellement sur de nouvelles modélisations.

Il est difficile de prévoir les effets précis des nouveaux vaccins dont nous ne connaissons ni le mode d'action ni l'efficacité. Toutefois, leurs effets peuvent être simulés en introduisant des paramètres de vaccins dans les modèles épidémiologiques existants de pandémie de tuberculose, et en formulant des hypothèses pour les éléments inconnus. Cette simulation indique que le lancement entre 2014 et 2018 d'un nouveau vaccin destiné à l'ensemble de la population pourrait réduire l'incidence de la tuberculose en Afrique et en Asie du Sud-Est de plus de 20 % pendant les 10 premières années d'utilisation, et que cette baisse pourrait atteindre 40 % d'ici 2050.

## 5. CONCLUSION

La tuberculose est l'une des trois principales maladies infectieuses responsables de la plus lourde charge de morbidité. L'ampleur inconnue jusqu'ici de l'épidémie de tuberculose actuelle et l'approche fondée sur les droits humains de la lutte antituberculeuse exigent l'adoption immédiate de mesures urgentes et efficaces.

Le Plan mondial Halte à la tuberculose présente les mesures qui doivent être prises au cours de la décennie 2006–2015 et ce qui peut être réalisé. Les stratégies sont claires et les plans détaillés. Les résultats – possibles avec un soutien approprié – sont enthousiasmants.

La dimension des problèmes ne doit pas être sous-estimée. Néanmoins, une analyse rigoureuse montre qu'au niveau mondial il sera possible d'atteindre la cible des objectifs du Millénaire pour le développement – avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser l'incidence actuelle d'ici 2015 – ainsi que les propres objectifs du Partenariat pour 2015 – diminuer de moitié les taux de prévalence et de mortalité par rapport aux valeurs de référence de 1990. Ce faisant, le Partenariat contribuera également à réaliser d'autres OMD, en particulier ceux liés à la réduction de la pauvreté, à l'égalité des femmes et au partenariat mondial pour le développement, ainsi que ceux qui visent à rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement et, en coopération avec le secteur privé, à mettre les avantages des nouvelles technologies à la portée de tous.

Les plans de lutte contre la tuberculose pendant la durée du Plan mondial sont ambitieux, réalistes et définis en fonction des besoins des pays. Dans les pays – en Asie, en Amérique Latine et dans certaines parties de la Méditerranée orientale – où l'on enregistre déjà de bons résultats, il faut maintenant consolider les réussites, poursuivre les progrès et jeter les bases en vue de l'élimination ultérieure de la tuberculose. Pour cela l'engagement et l'investissement à long terme y sont essentiels.

En Afrique et en Europe orientale, où les progrès sont difficiles en raison du VIH ou de la tuberculose multirésistante, et de questions sociétales ou liées au système de santé plus larges, il est impératif d'agir d'urgence. Comme dans d'autres régions, le Partenariat Halte à la tuberculose, aussi efficace soit-il, ne peut surmonter les difficultés à lui tout seul. Une collaboration avec les programmes de lutte contre le VIH est essentielle. Plus généralement, pour atteindre les objectifs fixés et réduire les disparités inacceptables entre les régions, le Partenariat Halte à la tuberculose nouera un dialogue avec d'autres partenaires dans les régions de l'Afrique et de l'Europe orientale et avec les institutions financières internationales afin d'obtenir un engagement politique plus fort et de surmonter les obstacles économiques ou liés aux systèmes de santé et à l'infrastructure, et de pouvoir pleinement mettre en œuvre des stratégies de base pour s'attaquer à la tuberculose, à la co-infection TB/VIH et à la tuberculose multirésistante.

Le succès de cet ambitieux Plan mondial Halte à la tuberculose dépendra de ce qui pourra être fait pour mobiliser à des niveaux sans précédents, la volonté politique et les ressources financières indispensables pour inverser l'épidémie. Le Partenariat Halte à la tuberculose s'efforce de faire en sorte que la lutte contre la tuberculose reste dans le monde une priorité pour les gouvernements et le grand public. Il jouera le rôle de catalyseur pour les activités de sensibilisation et de communication dans le domaine de la lutte antituberculeuse et encouragera la mise en place de partenariats comme mécanisme efficace d'innovation et de progrès. Il encouragera également le changement et le débat en faveur de l'intensification de la lutte antituberculeuse par la mise en œuvre de programmes plus vastes de renforcement et de réformes financières du secteur de la santé, tenant compte d'autres aspects du développement social et économique.

Dans les efforts qu'il déploie pour parvenir à un monde sans tuberculose d'ici 2050, le Partenariat s'emploiera à obtenir la contribution pleine et active de tous ses partenaires pour la lutte contre la tuberculose et la réduction de la pauvreté. Il fournira un appui aux partenariats nationaux et régionaux pour renforcer la lutte contre la tuberculose au niveau local. Ces partenariats deviendront des entités autonomes, fonctionnant de manière indépendante et rendant compte à leurs propres partenaires, parties prenantes dans le cadre du Partenariat mondial Halte à la tuberculose et du Plan mondial Halte à la tuberculose.

La mise en œuvre du Plan, pour un coût de US\$ 56 milliards, sauvera quelque 14 millions de vies au cours des dix prochaines années, sans que l'on ait recours à d'autres outils que ceux déjà existants. Mais le Plan annonce aussi les progrès à venir. Parce que la dynamique de la tuberculose est lente, les activités de mise en œuvre pour 2006–2015 produiront des résultats pendant la durée du Plan mais aussi plus tard. Plus spectaculairement, l'investissement dans de nouveaux médicaments, de nouveaux tests diagnostiques et de nouveaux vaccins ne commenceront à porter leurs fruits qu'après 2015. La récompense finale sera l'élimination de la tuberculose.

PARTIE II

# Scénarios de lutte antituberculeuse dans le monde et dans les régions, 2006–2015

## 6. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES, SCÉNARIOS DANS LE MONDE ET DANS LES RÉGIONS ET PLANS DES GROUPES DE TRAVAIL

La Partie I de ce Plan mondial définit les orientations stratégiques qui permettront d'atteindre les objectifs mondiaux de lutte antituberculeuse que le Partenariat a fixés pour 2015 et qui sont liés aux objectifs du Millénaire pour le développement. La Partie II présente des scénarios ambitieux mais réalistes qui permettent d'évaluer l'impact et le coût des activités prévues dans les régions durement touchées par la tuberculose. La Partie III quant à elle résume les plans stratégiques spécifiques des sept Groupes de travail et du secrétariat du Partenariat pour 2006–2015.

### 6.1 Processus analytique sous-tendant le Plan mondial

Le Partenariat Halte à la tuberculose est conscient que pour mobiliser des ressources en faveur des plans des Groupes de travail, il faut présenter de solides arguments reposant sur une analyse épidémiologique rationnelle et sur un budget solidement étayé. L'élaboration du plan stratégique de chaque Groupe de travail et du Plan mondial s'est donc appuyée sur une analyse de l'impact et des coûts estimés du projet d'extension des activités nécessaires à la réalisation des objectifs fixés pour

2015. Cette analyse a exigé une collaboration étroite entre les représentants de tous les groupes de travail du Partenariat, les bureaux régionaux de l'OMS et l'équipe chargée d'évaluer l'impact épidémiologique et les coûts des instruments actuels ou futurs.

Les scénarios de mise en œuvre pour 2006–2015 ont été élaborés pour l'ensemble du monde et pour sept des huit régions épidémiologiques de la tuberculose<sup>25</sup> : Afrique (prévalence élevée du VIH) et Afrique (prévalence faible du VIH), présentées ensemble ; région des Amériques (AMR) – pays d'Amérique latine (LAC) ; région de l'Europe orientale (EEUR) ; région de la Méditerranée orientale (EMR) ; région de l'Asie du Sud-Est (SEAR) et région du Pacifique occidental (WPR).

Les économies de marché établies et l'Europe centrale sont regroupées dans une même région épidémiologique à la section 9. Toutefois, du fait de leurs similitudes (revenus par habitant élevés et faible taux d'incidence de la tuberculose) aucun scénario détaillé de mise en œuvre n'a été préparé.

Les scénarios ont été élaborés en partant d'hypothèses sur le rythme d'extension et la couverture des différentes activités. La détection des nouveaux cas de tuberculose et les résultats thérapeutiques ont fait l'objet d'estimations pour les dix prochaines années, tout comme la prévalence et les taux d'incidence et de mortalité de la tuberculose, en prenant les objectifs de 2015 comme référence. Les scénarios s'appuient également sur une estimation des coûts de mise en



# Traiter

L'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité est un droit fondamental de tous ceux qui sont atteints de tuberculose. Au cours des dix ans couverts par le Plan, quelque 50 millions de personnes seront traitées dans le cadre de la stratégie Halte à la tuberculose. Le traitement est utile non seulement au malade mais aussi à la communauté. La tuberculose est une maladie contagieuse ; il faut donc traiter efficacement les personnes touchées pour éviter qu'elle ne se transmette.

Le Plan est construit autour d'une approche qui fait le lien entre l'innovation et la mise en œuvre. L'utilisation des nouveaux outils diagnostiques et des nouveaux médicaments au fur et à mesure de leur disponibilité permettra aux patients d'être traités plus rapidement et plus efficacement. Les progrès enregistrés laissent espérer qu'un nouveau vaccin sûr et efficace sera disponible d'ici 2015, ce qui permettra d'associer prévention et traitement.

Traiter la tuberculose permet de sauver des vies et de protéger la population.

œuvre dans les pays et de l'aide technique extérieure. Le site <http://www.stoptb.org/GlobalPlan> présente tous les détails de cette méthode.

Ces scénarios régionaux ne sont pas des plans de mise en œuvre, même si la méthode utilisée peut être appliquée dans les pays. La prochaine étape consistera à élaborer des plans détaillés de mise en œuvre à l'échelle des régions et des pays (intégrant l'extension de la stratégie DOTS, la stratégie DOTS-Plus et les mesures de lutte contre la co-infection TB/VIH), en s'appuyant sur les plans stratégiques respectifs. Mais les scénarios régionaux sont révélateurs de ce qui peut être accompli si l'on part d'hypothèses ambitieuses mais réalistes. Ils tentent de prévoir le résultat possible du bon déroulement des activités de lutte antituberculeuse, tout en tenant compte des obstacles d'ordre général qu'il sera difficile de surmonter au cours des dix années du Plan mondial ou qui ne relèvent pas de la lutte antituberculeuse, comme certaines déficiences graves des systèmes de santé.

La modélisation épidémiologique actuelle ne tient compte d'aucune hypothèse de réduction de la pauvreté ni de son impact sur l'épidémie de tuberculose. Si les mesures prises pour atteindre les autres objectifs du Millénaire pour le développement aboutissent à des progrès socio-économiques notables, les chances d'atteindre plus rapidement les objectifs de lutte contre la tuberculose – en Afrique et en Europe orientale par exemple – n'en seront que meilleures. De même, si l'on pouvait disposer de nouveaux outils diagnostiques, thérapeutiques ou préventifs, cela pourrait avoir une incidence importante sur l'épidémie de tuberculose.

## 6.2 Scénario mondial pour atteindre la cible des objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs du Partenariat pour 2015

Comme il est expliqué dans la Partie I, selon ce scénario ambitieux mais réaliste, toutes les régions enregistreront une baisse rapide de l'incidence, de la prévalence et du taux de mortalité au cours des dix prochaines années, grâce aux diverses activités de lutte antituberculeuse prévues.

La cible des OMD qui prévoit de maîtriser la tuberculose et de commencer à inverser la tendance actuelle d'ici 2015 sera atteinte dans toutes les régions.

De plus, les objectifs ambitieux du Partenariat pour 2015 – avoir réduit de moitié les taux de prévalence et de mortalité par rapport aux valeurs de référence de 1990 – seront atteints à l'échelle mondiale et il en résultera d'énormes progrès dans toutes les régions.

## 6.3 Réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité liés à la tuberculose dans chacune des régions

Les scénarios élaborés au cours du processus de planification ont montré que les objectifs du Partenariat, à savoir réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité liés à la tuberculose, pourraient être atteints en 2015 dans la plupart des régions où l'épidémie de tuberculose est particulièrement concentrée, à l'exception toutefois de l'Afrique et de l'Europe orientale. Les profils présentés à la section 7 donnent les détails des scénarios élaborés pour toutes les régions épidémiologiques alors que la section 8 passe en revue les autres mesures qu'il conviendrait de prendre pour atteindre les objectifs en Afrique et en Europe orientale dans les délais impartis.

## 7. PROFILS RÉGIONAUX : UN SCÉNARIO AMBITIEUX MAIS RÉALISTE

Les profils régionaux suivent la même présentation :

- réalisations ;
- enjeux ;
- activités prioritaires ;
- estimation de l'impact et du coût ;
- graphique montrant l'extension prévue des activités ;
- tableau présentant les étapes de la mise en œuvre de l'extension de la stratégie DOTS, de la stratégie DOTS-Plus et des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH ;
- ensemble de six graphiques montrant l'impact escompté et l'estimation du coût des activités prévues :
  - i) taux de détection des nouveaux cas (nouveaux cas à frottis positif) ;
  - ii) nombre de cas traités suivant les stratégies DOTS et DOTS-Plus ;
  - iii) incidence (toutes formes de tuberculose confondues) ;
  - iv) prévalence (toutes formes de tuberculose confondues) ;
  - v) mortalité (toutes formes de tuberculose confondues) ;
  - vi) coût annuel de l'extension de la stratégie DOTS, de la stratégie DOTS-Plus et des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH.

Les graphiques présentant les taux prévus d'incidence, de prévalence et de mortalité montrent trois scénarios différents :

1) Pas de mise en œuvre de la stratégie DOTS. Hypothèse selon laquelle la stratégie n'a jamais été introduite dans aucune région. Les traitements restent donc tels qu'avant le lancement de la stratégie DOTS, avec des taux variables de détection des nouveaux cas et des taux de succès thérapeutique particulièrement bas. Ce scénario sert de référence pour comparer les progrès acquis et les progrès à venir.

2) Maintien de la stratégie DOTS. Les taux de détection des nouveaux cas et de succès thérapeutique augmentent jusqu'en 2005 puis restent stables jusqu'en 2015.

3) Pleine application du Plan mondial.

## 7.1 Région africaine : résumé des activités prévues, de leur impact et de leur coût

La région africaine est découpée en deux sous-régions épidémiologiques distinctes pour ce qui est de la tuberculose et du VIH. La sous-région où la prévalence du VIH est élevée (AFR-prévalence élevée) regroupe les pays dans lesquels la prévalence estimée du VIH chez les adultes est égale ou supérieure à 4 %. Les autres pays constituent la sous-région à faible prévalence du VIH (AFR- prévalence faible).<sup>26</sup> La section suivante présente un résumé de ce qui a été réalisé à ce jour, les enjeux, les activités prioritaires et enfin l'estimation de l'impact et des coûts pour la région africaine. Il fait ressortir les principales différences entre les deux sous-régions. Les tableaux et les chiffres sont présentés séparément pour les deux sous-régions.

### Réalisations

L'extension de la stratégie DOTS dans la région africaine a progressé de façon satisfaisante ces dernières années. Sur les 22 pays du monde les plus durement touchés par la tuberculose, neuf sont des pays d'Afrique et chacun d'eux (Afrique du Sud, Éthiopie, Kenya, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe) applique un programme DOTS. Cinq seulement des 46 pays de la région n'ont pas adopté la stratégie DOTS comme programme national de lutte antituberculeuse ; toutefois certains volets essentiels de la stratégie n'ont pas été appliqués de façon appropriée dans quelques pays. Entre 1995 et 2003, le taux de détection des nouveaux cas a progressé régulièrement de 23 à 48 % et devrait atteindre 55 % en 2005. Même si ce taux est encore éloigné des 70 % fixés comme objectif, cela n'en constitue pas moins un progrès considérable compte tenu des graves déficiences des systèmes de santé de la région.

Les neuf pays durement touchés par la tuberculose dans la région africaine sont classés dans la sous-région AFR-prévalence élevée et doivent faire face à des problèmes particuliers en raison de l'épidémie de VIH. De nombreux pays où la prévalence du VIH est élevée ont mis en place des projets pilotes pour le développement d'activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH (Éthiopie, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, par exemple) ou ont déjà entrepris d'étendre ces activités au niveau national (c'est le cas de l'Afrique du Sud, du Kenya et du Malawi).

Plusieurs pays ont d'ores et déjà adopté la stratégie DOTS au niveau communautaire et en sont actuellement à différents stades d'application du programme. La couverture de la surveillance de la résistance aux médicaments s'est élargie. Le Kenya a lancé un programme pilote DOTS-Plus approuvé par le Comité Feu Vert. L'Afrique du Sud fait partie des quelques pays durement touchés dans lesquels le programme national de lutte antituberculeuse prévoit le traitement des cas de tuberculose à bacilles multirésistants. Toutefois, ce programme n'a pas été approuvé par le Comité Feu Vert.

### Enjeux

Malgré ces réalisations, la lutte antituberculeuse dans la région se heurte à des problèmes graves, le plus difficile étant sans doute l'impact du VIH sur l'incidence croissante de la tuberculose. Cependant, un certain nombre d'autres facteurs alimentent cette épidémie, notamment la pauvreté généralisée et la grande faiblesse des systèmes de santé. Les principaux obstacles à la prestation de soins de qualité sont les infrastructures inadaptées, les difficultés d'accès aux services de santé, le manque de personnel et l'absence de plans de développement des ressources humaines, les services de laboratoire insuffisants ou ne répondant pas aux normes, et le manque de coordination entre les programmes nationaux de lutte antituberculeuse et les programmes de lutte contre le VIH ou avec d'autres dispensateurs de soins des secteurs privé et public.

Le taux de succès thérapeutique n'a guère évolué depuis 1998 ; situé juste au-dessus de 70 %, il est encore très éloigné des 85 % visés. Ceci est dû non seulement aux taux de mortalité élevés parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA mais aussi aux taux élevés d'abandons ou de transfert de patients. Il est important de s'employer à améliorer le traitement des patients tuberculeux VIH-positifs et, plus généralement, la prise en charge des cas et les mécanismes d'orientation-recours et de transfert, à localiser les personnes ayant abandonné leur traitement et à poser des diagnostics de la tuberculose de meilleure qualité (ce qui permettra par ailleurs d'obtenir de meilleurs taux de détection des nouveaux cas).

Les données de surveillance de la résistance aux médicaments sont peu nombreuses et les courbes de tendances transmises par la région africaine sont rares. Cette pénurie d'informations est particulièrement préoccupante compte tenu du manque de données sur la tuberculose multirésistante dans les régions à forte prévalence du VIH.

### Activités prioritaires pour 2006–2015

Les ministres de la santé des 46 États Membres de la région africaine ont été unanimes en août 2005 pour déclarer la tuberculose urgence sanitaire dans la région. Dans leur déclaration, ils prient instamment les pays d'élaborer et de mettre en œuvre, avec effet immédiat, des stratégies et des plans d'urgence pour lutter contre la progression de l'épidémie. Cette déclaration d'urgence sera cruciale pour accélérer la mise en œuvre des activités prioritaires et pour obtenir les engagements nécessaires auprès de tous les partenaires, tant au plan national que sur la scène internationale.

Ne plus se contenter d'assurer la couverture géographique de la stratégie DOTS mais améliorer plutôt la qualité et l'accès au traitement est une priorité absolue. Améliorer la qualité suppose que l'on redouble d'efforts pour renforcer les services de laboratoire, la gestion des traitements et la supervision. Mais cela suppose aussi que les problèmes fondamentaux liés à la crise des ressources humaines et à la faiblesse des systèmes de santé soient résolus (voir la section 3.2). Des opérations de sensibilisation aux niveaux national et international seront indispensables pour obtenir un engagement politique plus

ferme et soutenu. Le règlement de la crise liée aux ressources humaines va bien au-delà de la lutte antituberculeuse ; il exige la mise en place de stratégies de développement des ressources humaines dans le secteur de la santé publique, des plans de carrière et des salaires plus attractifs, de meilleures formations ou l'instauration de partenariats avec des communautés locales et l'ensemble des dispensateurs de soins de santé, dans le but de tirer parti de tout le potentiel humain disponible.

L'instauration d'une collaboration pour la lutte contre la tuberculose et le VIH est une autre priorité de la région, notamment dans les pays à forte prévalence du VIH. Cette collaboration devra être effective en 2007 dans les pays les plus touchés par le VIH et en 2010 dans la totalité des pays.

La décentralisation plus poussée des services permettra d'améliorer les conditions d'accès aux soins. Pour la majorité des populations vivant en zones rurales, la mise en place et l'extension de la stratégie DOTS au niveau communautaire amélioreront l'accès à des soins de qualité, en particulier pour les plus défavorisés, et permettront par ailleurs d'éliminer certains obstacles à l'accès dus aux inégalités entre les sexes (voir la section 3.5). Grâce à la mobilisation sociale, les communautés locales participent au soutien thérapeutique et contribuent à repérer les cas suspects de tuberculose et à les orienter vers un centre de diagnostic. L'approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS sera particulièrement efficace en milieu urbain, où elle contribuera à faciliter l'accès des services DOTS aux populations urbaines vulnérables, comme les habitants des taudis et les migrants. Elle favorisera également les contacts entre les grands hôpitaux centraux et les établissements de santé publique des villes. L'approche pratique de la santé respiratoire (PAL) sera introduite progressivement dans les zones appliquant déjà des programmes DOTS bien gérés.

L'introduction et le développement des services de bactériologie, en particulier les nouvelles méthodes de culture rapide, sont particulièrement importants pour améliorer le diagnostic de la tuberculose à frottis négatif et de la tuberculose extrapulmonaire chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. La surveillance de la résistance aux médicaments sera amplifiée et la relation entre le VIH et la tuberculose à bacilles multirésistants contrôlée. Le diagnostic et le traitement de la tuberculose multirésistante feront l'objet d'études pilotes et seront appliqués plus largement ; ils seront destinés principalement aux patients ayant suivi un traitement préalable.

Il est important d'assurer une meilleure coordination entre les programmes antituberculeux, les initiatives de lutte contre la pauvreté et le renforcement des systèmes de santé si l'on veut que tous les groupes socio-économiques (mais surtout les pauvres), et les femmes et les hommes sur un pied d'égalité aient accès au traitement contre la tuberculose. L'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTÉ) pourrait contribuer à garantir l'accès universel à des services antituberculeux de qualité en dégageant des ressources nationales. Toutefois, les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT), les crédits à l'appui de la réduction de la pauvreté (CARP) et d'autres vastes

mécanismes de planification comme les approches sectorielles offrent la possibilité de surmonter les problèmes et d'inscrire le financement de la lutte antituberculeuse dans le cadre d'un plan stratégique à long terme, souple et durable, avec la participation de différents secteurs. L'instauration de partenariats nationaux Halte à la tuberculose sera encouragée pour favoriser la participation et la coordination multisectorielles.

### Estimation de l'impact et du coût

Si les activités décrites plus haut sont mises en œuvre avec succès, le taux de détection des nouveaux cas devrait atteindre 70 % d'ici 2010 et plus de 80 % d'ici 2015. Le taux de succès thérapeutique devrait être de 85 % d'ici 2010 et se maintenir à ce niveau. Si tel est le cas, il est probable que la cible des objectifs du Millénaire pour le développement qui prévoit d'avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015, sera atteinte. Toutefois, les autres objectifs de la lutte antituberculeuse fixés par le Partenariat pour 2015, à savoir réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité, seront atteints plus tard dans la région africaine. Une raison importante est que ces objectifs ont été fixés en prenant comme référence les niveaux de 1990. Or, compte tenu de l'augmentation spectaculaire de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose et des taux de mortalité qui lui sont imputables entre 1990 et 2005, le temps restant jusqu'à 2015 est probablement trop court pour que l'on retrouve les niveaux de 1990.

Concernant la sous-région AFR-prévalence du VIH élevée, on estime qu'environ 14 millions de personnes suivront un programme DOTS et 18 000 un programme DOTS-Plus. Par ailleurs, 2,6 millions de personnes souffrant de tuberculose bénéficieront d'un traitement antirétroviral. Toutes ces interventions combinées auront pour effet de prévenir environ 3,8 millions de décès, ce qui ne serait pas le cas si aucun programme DOTS n'était appliqué, ou environ 1,9 million de décès, ce qui ne serait pas le cas si les efforts de lutte antituberculeuse étaient maintenus aux niveaux de 2005.

Concernant la sous-région AFR-prévalence du VIH faible, on estime qu'environ 2,9 millions suivront un programme DOTS et 11 000 un programme DOTS-Plus. De plus, près de 140 000 patients tuberculeux bénéficieront d'un traitement antirétroviral. Toutes ces interventions combinées auront pour effet de prévenir environ 600 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si aucun programme DOTS n'était appliqué, ou environ 160 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si les efforts de lutte contre la tuberculose étaient maintenus aux niveaux de 2005.

Selon les estimations, le coût total de l'extension de la stratégie DOTS, de la stratégie DOTS-Plus et des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH dans la région africaine entre 2006 et 2015 représente US\$ 18,3 milliards, dont 15,1 milliards sont nécessaires aux pays à forte prévalence du VIH et 3,2 milliards, aux pays à faible prévalence du VIH.

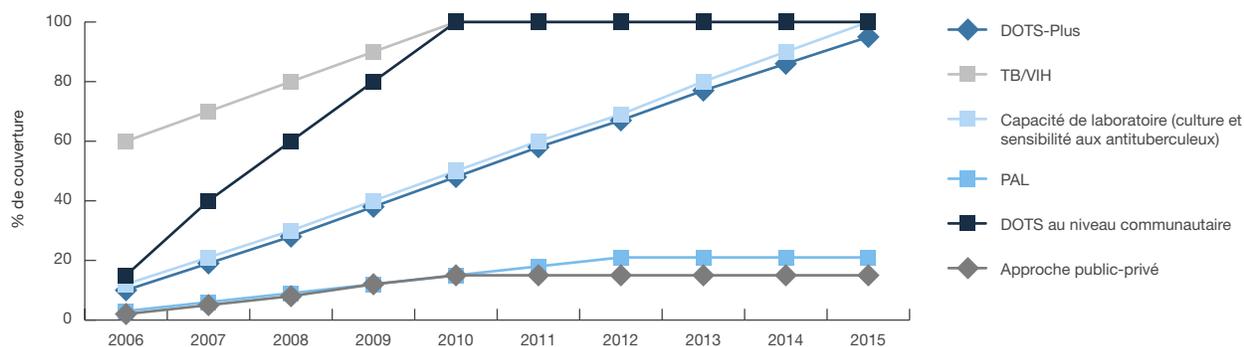
**TABEAU 5 : COÛT DES ACTIVITÉS PRÉVUES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE, RÉGION AFRICAINE, 2006–2015**

Activités prévues	Pays à prévalence élevée du VIH (en millions US\$)	Pays à prévalence faible du VIH (en millions US\$)	Total (en millions US\$)
Extension et qualité de la stratégie DOTS	10 419 (69%)	2 859 (89%)	13 278 (72%)
Stratégie DOTS-Plus	45 (1%)	26 (1%)	71 (1%)
Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH	4 605 (30%)	334 (11%)	4 940 (27%)
<b>TOTAL</b>	<b>15 070 (100%)</b>	<b>3 219 (100%)</b>	<b>18 289 (100%)</b>

**GRAPHIQUES ET TABLEAU DE SYNTHÈSE CONCERNANT LES PAYS D'AFRIQUE À PRÉVALENCE ÉLEVÉE DU VIH**

**FIGURE 17 : EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS 2006–2015 (PAYS D'AFRIQUE À PRÉVALENCE ÉLEVÉE DU VIH)**

**Pays d'Afrique à prévalence élevée du VIH**



N.B. La couverture de la population est le pourcentage de population qui vit dans une zone où l'activité est mise en œuvre. Concernant les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH, le pourcentage se réfère à la proportion de population justiciable d'un traitement, c'est-à-dire à la population vivant dans des zones où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %. Concernant la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du pourcentage de cas détectés de tuberculose multirésistante inscrits dans les programmes DOTS-Plus.

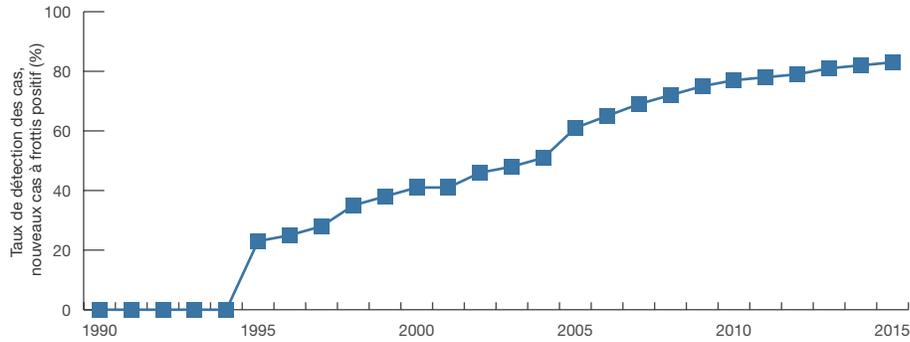
**TABLEAU 6 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS, DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS ET DES ACTIVITÉS TB/VIH (a)**

Pays d'Afrique à prévalence élevée du VIH	2006 (b)	2010 (b)	2015 (b)
<b>EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS</b>			
Couverture	100%	100%	100%
Nombre total de nouveaux cas à frottis positif sous traitement DOTS (en milliers)	437 (673)	504 (650)	524 (629)
Taux de détection des nouveaux cas à frottis positif (%)	65%	77%	83%
Taux de succès thérapeutique, nouveaux cas à frottis positif (%)	75%	85%	86%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS (en milliers)	833 (1249)	952 (1188)	990 (1162)
Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS	67%	80%	85%
<b>DOTS-Plus</b>			
Nombre total de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus (en milliers)	0,2 (2,3)	1,5 (3,1)	3,3 (3,3)
Pourcentage de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus	10%	50%	100%
Taux de succès thérapeutique pour cas de TB multirésistante (%)	71%	73%	75%
Pourcentage de cas à culture positive qui sont des cas en reprise de traitement	15%	12%	10%
<b>TB/VIH</b>			
Nombre total de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (en millions) (c)	9,9 (16)	18 (18)	21 (21)
Pourcentage de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (d)	63%	100%	100%
Nombre total de PVVS récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide (en millions)	1,0 (24)	2,1 (28)	2,4 (30)
Pourcentage de PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide	4%	8%	8%
Nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil (en millions)	0,6 (1,3)	1,2 (1,5)	1,3 (1,5)
Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil	51%	85%	85%
Nombre total de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV (en millions)	0,2 (0,4)	0,3 (0,5)	0,3 (0,5)
Pourcentage de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV	45%	55%	59%

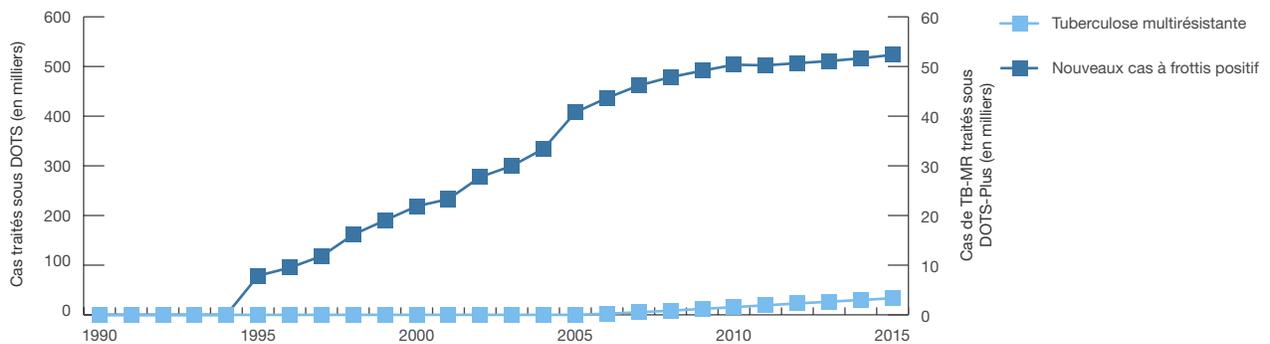
- (a) Les pourcentages ne sont pas toujours le résultat exact de la division du numérateur par le dénominateur du fait des erreurs d'arrondis.
- (b) Les nombres entre parenthèses indiquent le dénominateur. Pour l'extension de la stratégie DOTS, il s'agit des nouveaux cas de tuberculose. Pour la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du nombre total de cas détectés de tuberculose multirésistante. Pour les PVVS ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, il s'agit du nombre total de PVVS fréquentant les services de soins anti-VIH. Pour les PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide, il s'agit du nombre total de PVVS. Pour les patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH/conseil, il s'agit du nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH. Pour les patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement ARV, il s'agit du nombre total de patients positifs pour la co-infection TB/VIH dont on sait qu'ils sont justiciables d'un traitement ARV dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- (c) Veuillez noter que contrairement à d'autres régions, pour la région AFR-prévalence élevée du VIH, les chiffres pour les activités TB/VIH sont en millions et non pas en milliers.
- (d) Les services de lutte contre le VIH comprennent le dépistage et le conseil et les services de traitement et de soins.

**FIGURE 18 : ESTIMATION DE L'IMPACT ET DU COÛT DE L'EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015**

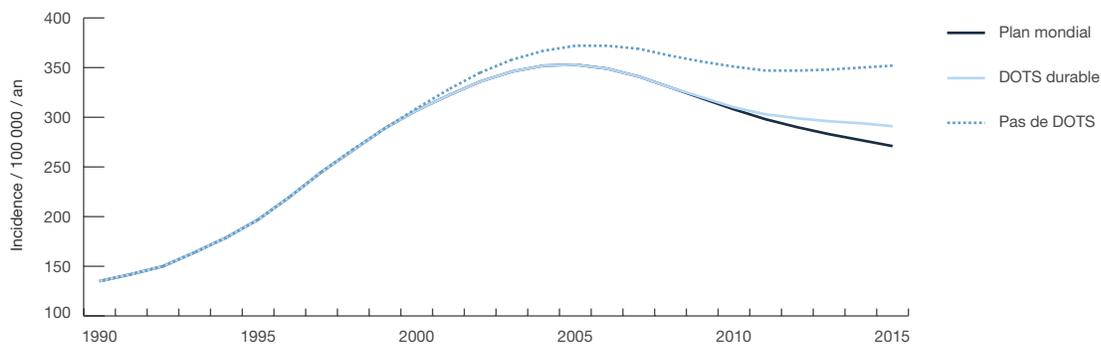
**Pays d'Afrique à prévalence élevée du VIH : Taux de détection des cas, nouveaux cas à frottis positif**



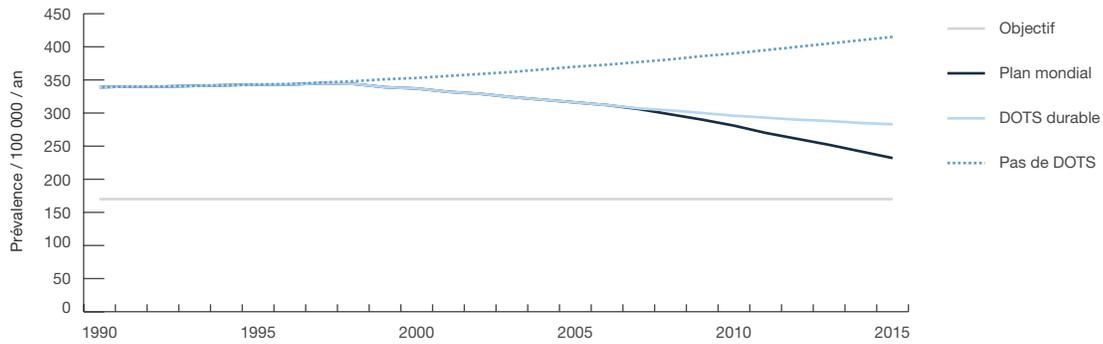
**Pays d'Afrique à prévalence élevée du VIH : Nombre de cas traités sous DOTS/DOTS-Plus**



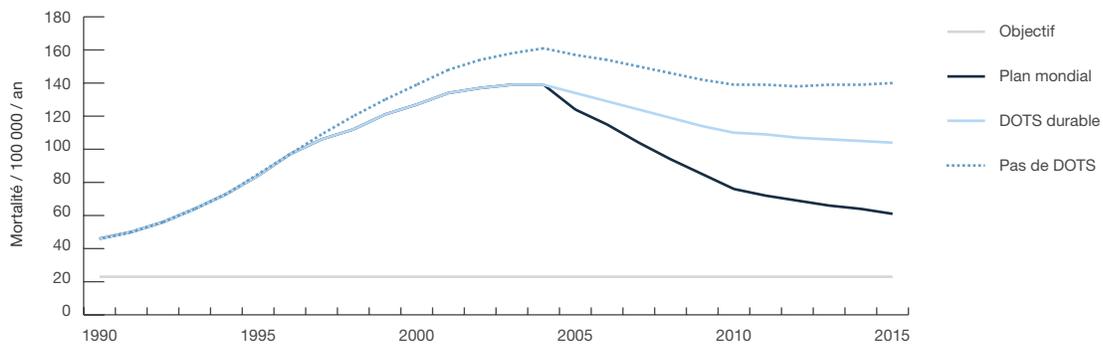
**Pays d'Afrique à prévalence élevée du VIH : Incidence**



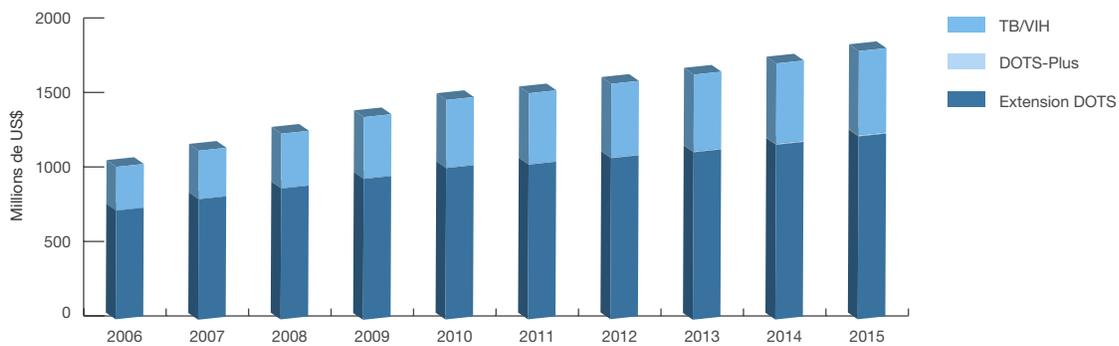
**Pays d'Afrique à prévalence élevée du VIH : Prévalence**



**Pays d'Afrique à prévalence élevée du VIH : Mortalité**



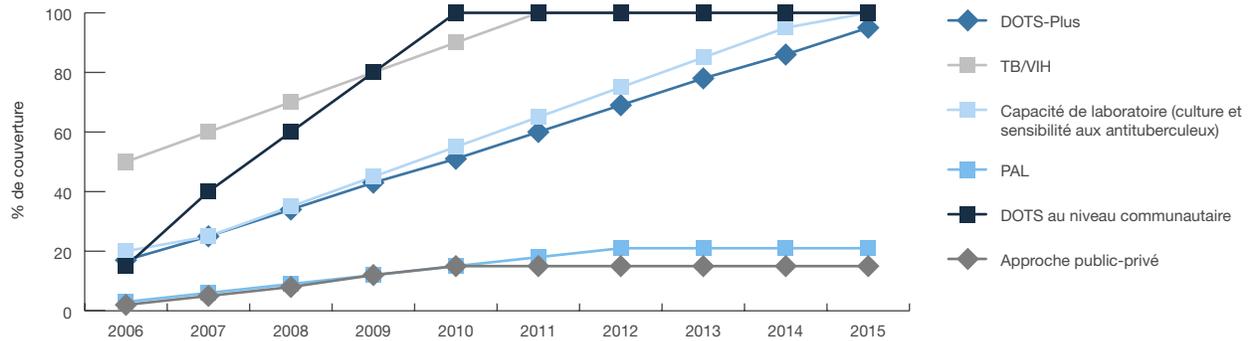
**Pays d'Afrique à prévalence élevée du VIH : Coût total**



GRAPHIQUES ET TABLEAU DE SYNTHÈSE CONCERNANT LES PAYS D'AFRIQUE À PRÉVALENCE FAIBLE DU VIH

FIGURE 19 : EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS 2006–2015 (PAYS D'AFRIQUE À PRÉVALENCE FAIBLE DU VIH)

Pays d'Afrique à prevalence faible du VIH



N.B. La couverture de la population est le pourcentage de population qui vit dans une zone où l'activité est mise en œuvre. Concernant les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH, le pourcentage se réfère à la proportion de population justiciable d'un traitement, c'est-à-dire à la population vivant dans des zones où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %. Concernant la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du pourcentage de cas détectés de tuberculose multirésistante inscrits dans les programmes DOTS-Plus.

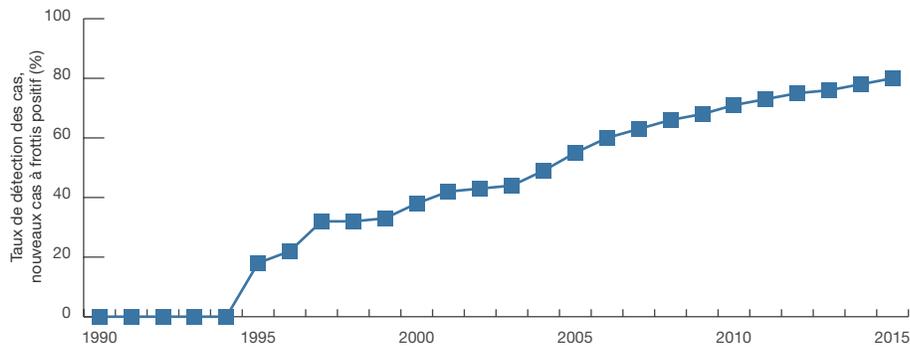
**TABLEAU 7 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS, DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS ET DES ACTIVITÉS TB/VIH (a)**

Pays d'Afrique à prévalence faible du VIH	2006 (b)	2010 (b)	2015 (b)
<b>EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS</b>			
Couverture	100%	100%	100%
Nombre total de nouveaux cas à frottis positif sous traitement DOTS (en milliers)	107 (169)	126 (177)	127 (159)
Taux de détection des nouveaux cas à frottis positif (%)	60%	71%	80%
Taux de succès thérapeutique, nouveaux cas à frottis positif (%)	77%	85%	86%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS (en milliers)	147 (241)	175 (243)	181 (226)
Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS	61%	72%	80%
<b>DOTS-Plus</b>			
Nombre total de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus (en milliers)	0,2 (0,9)	0,9 (1,7)	2,1 (2,1)
Pourcentage de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus	17%	54%	100%
Taux de succès thérapeutique pour cas de TB multirésistante (%)	71%	73%	75%
Pourcentage de cas à culture positive qui sont des cas en reprise de traitement	10%	8%	6%
<b>TB/VIH</b>			
Nombre total de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (en milliers)	693 (1 316)	1 522 (1 671)	2 095 (2 095)
Pourcentage de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (c)	53%	91%	100%
Nombre total de PVVS récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide (en milliers)	63 (2 734)	162 (3 271)	197 (4 116)
Pourcentage de PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide	2%	5%	5%
Nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil (en milliers)	89 (210)	191 (250)	217 (255)
Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil	43%	77%	85%
Nombre total de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV (en milliers)	8 (17)	14 (24)	18 (31)
Pourcentage de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV	44%	55%	60%

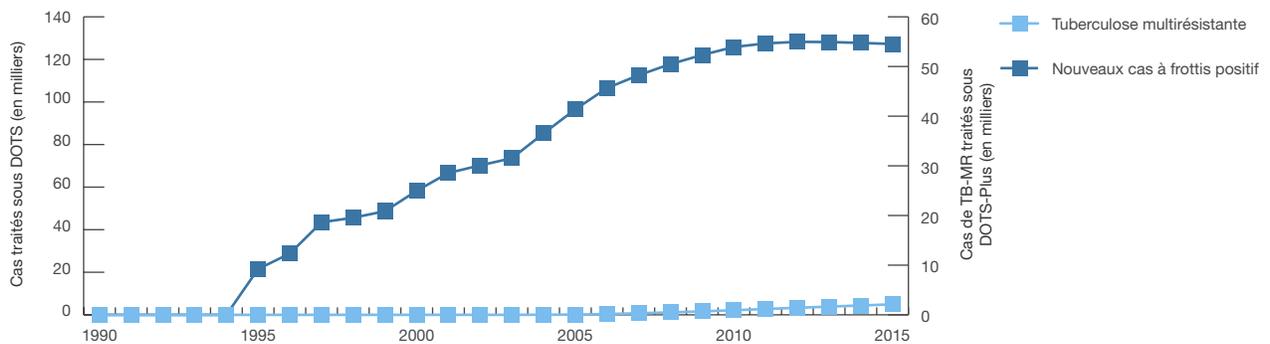
- (a) Les pourcentages ne sont pas toujours le résultat exact de la division du numérateur par le dénominateur du fait des erreurs d'arrondis.
- (b) Les nombres entre parenthèses indiquent le dénominateur. Pour l'extension de la stratégie DOTS, il s'agit des nouveaux cas de tuberculose. Pour la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du nombre total de cas détectés de tuberculose multirésistante. Pour les PVVS ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, il s'agit du nombre total de PVVS fréquentant les services de soins anti-VIH. Pour les PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide, il s'agit du nombre total de PVVS. Pour les patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH/conseil, il s'agit du nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH. Pour les patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement ARV, il s'agit du nombre total de patients positifs pour la co-infection TB/VIH dont on sait qu'ils sont justiciables d'un traitement ARV dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- (c) Les services de lutte contre le VIH comprennent le dépistage et le conseil et les services de traitement et de soins.

**FIGURE 20 : ESTIMATION DE L'IMPACT ET DU COÛT DE L'EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015**

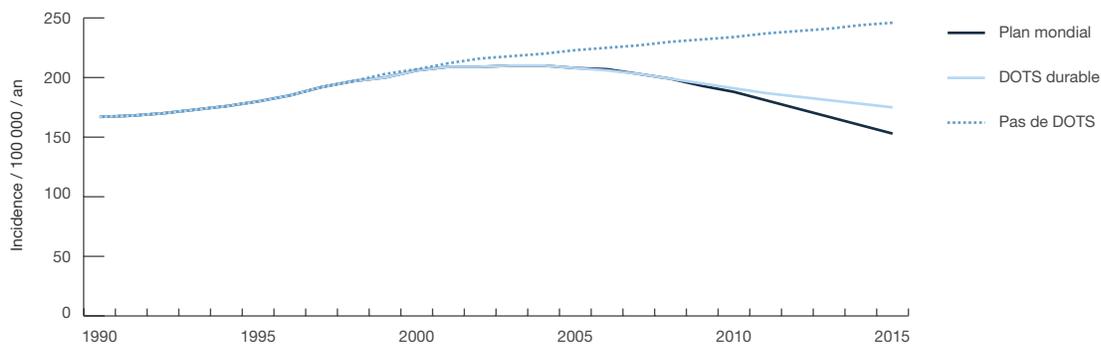
**Pays d'Afrique à prévalence faible du VIH : Taux de détection des cas, nouveaux cas à frottis positif**



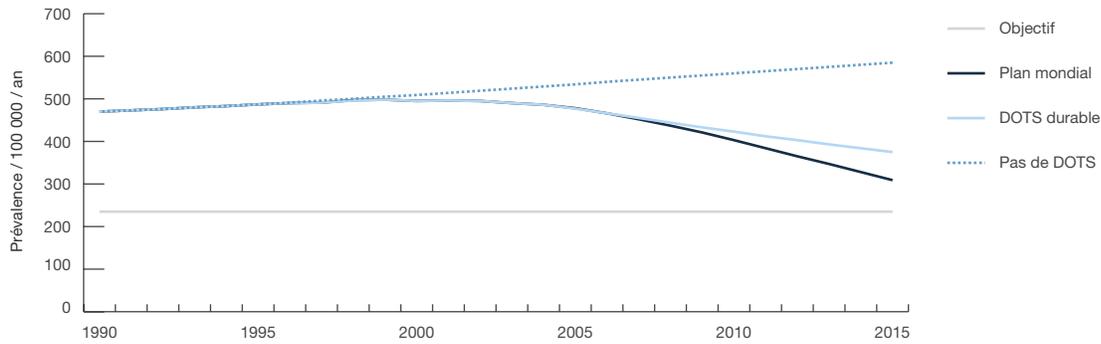
**Pays d'Afrique à prévalence faible du VIH : Nombre de cas traités sous DOTS/DOTS-Plus**



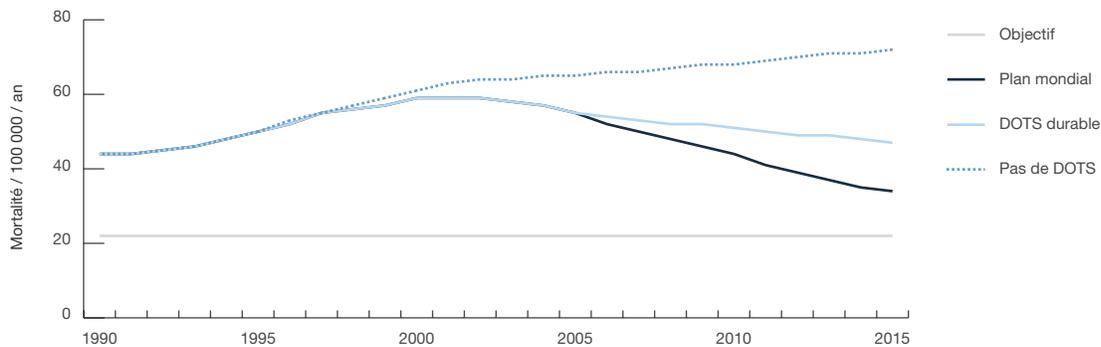
**Pays d'Afrique à prévalence faible du VIH : Incidence**



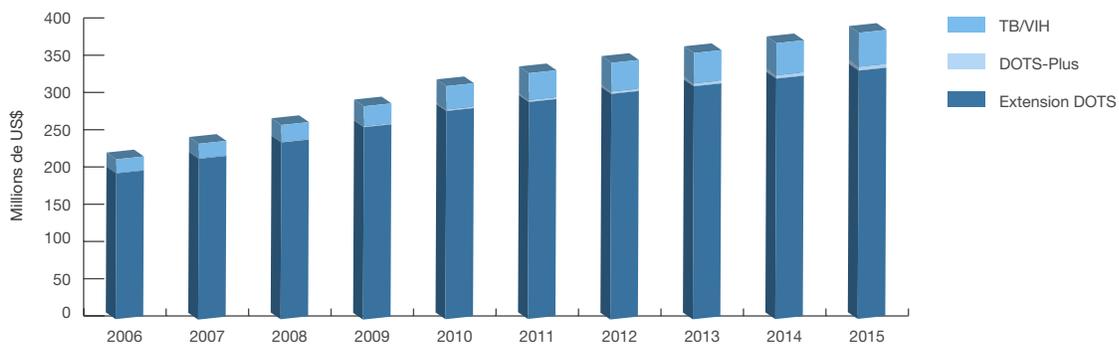
**Pays d'Afrique à prévalence faible du VIH : Prévalence**



**Pays d'Afrique à prévalence faible du VIH : Mortalité**



**Pays d'Afrique à prévalence faible du VIH : Coût total**



## 7.2 Région des Amériques (Pays d'Amérique latine) : résumé des activités prévues, de leur impact et de leur coût

### Réalisations

La région des Amériques a réalisé d'importants progrès dans la lutte contre la tuberculose. Un certain nombre des pays de cette région comme le Chili, Cuba et l'Uruguay, appliquent depuis quelque temps d'excellents programmes de lutte antituberculeuse, dans l'esprit de la stratégie DOTS. Depuis 2003, 33 pays ont adopté cette stratégie ce qui, selon les estimations, représente une couverture régionale de 78 %. Le taux de détection des nouveaux cas dans le cadre des programmes DOTS était de 50 % en 2003 et devrait atteindre 67 % en 2005. Le taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas à frottis positif dans les zones où la stratégie DOTS est appliquée est passé de 77 % (cohorte de 1994) à 81 % (cohorte de 2002) et devrait atteindre 85 %, soit l'objectif 2005, dans la cohorte de 2005.

La prévalence et l'incidence de la tuberculose sont d'ores et déjà en baisse. Entre 1994 et 2003, l'incidence de la tuberculose dans la région OMS des Amériques a montré une tendance à la baisse de 1,6 % par an pour toutes les formes de la maladie et de 2,6 % par an pour les cas à frottis positif. Cette tendance à la baisse est attribuée essentiellement à la diminution du nombre de cas au Brésil, au Chili, au Costa Rica, à Cuba et au Pérou. Des enquêtes sur la résistance aux médicaments ont fourni des données pour la plupart des pays de la région, grâce aux réseaux de laboratoires existants et à la volonté des programmes nationaux de lutte antituberculeuse de surveiller l'émergence de cette résistance. Neuf pays ont déjà mis en place des projets pilotes DOTS-Plus et plusieurs autres prévoient d'incorporer des plans rigoureux de prise en charge des cas de tuberculose à bacilles multirésistants.

### Enjeux

Bien que la région soit sur la bonne voie pour atteindre les objectifs que le Partenariat s'est fixés pour 2015 et qui sont liés aux objectifs du Millénaire pour le développement, il convient de souligner que les réalisations actuelles sont essentiellement celles des pays qui ont mis en place, à long terme, d'excellents programmes nationaux de lutte antituberculeuse et dont les indicateurs font apparaître une amélioration durable (c'est le cas du Brésil, du Chili, du Costa Rica, du Pérou et d'El Salvador). Atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement dépendra principalement des progrès réalisés au cours des dix prochaines années dans les pays à revenus faible et intermédiaire qui sont durement touchés par la tuberculose<sup>27</sup> et de la capacité des services de lutte antituberculeuse à atteindre les groupes les plus pauvres et marginalisés dans tous les pays de la région.

Par ailleurs, certains des pays devant renforcer la stratégie DOTS ont commencé récemment à réformer leur secteur de la santé ; d'autres se trouvent dans une situation de pauvreté et d'instabilité politique ou sociale, ou encore enregistrent une propagation rapide du VIH/SIDA. Tous ces constats soulèvent des difficultés et il faudra adapter l'assistance technique à la

situation épidémiologique, sociale et opérationnelle de chacun de ces pays et au stade de développement de leur système de santé et de leur programme national de lutte antituberculeuse.

### Activités prioritaires pour 2006–2015

Les efforts régionaux seront axés sur les pays qui ont un système de santé défaillant et un taux de pauvreté élevé, qui sont durement touchés par la tuberculose et qui enregistrent une forte prévalence de tuberculose multirésistante ou de VIH/SIDA. Un plan régional de lutte antituberculeuse a été conçu pour 2006–2015, avec la participation de différents partenaires et d'experts de la région. Ce plan vise à renforcer la mise en œuvre de la stratégie DOTS et à améliorer la qualité des soins, suivant les principes de la stratégie Halte à la tuberculose. Il s'agit notamment de favoriser la prise en charge de la co-infection TB/VIH et de la TB-MR au niveau des soins primaires, et de promouvoir la participation des communautés locales, notamment dans les pays et les groupes minoritaires où les difficultés d'accès aux soins font obstacle à l'application satisfaisante de la stratégie DOTS. Ce plan prévoit notamment d'améliorer davantage la qualité des services diagnostiques et thérapeutiques, d'appliquer l'approche pratique de la santé respiratoire dans les pays moins touchés par la tuberculose (Chili, Costa Rica, El Salvador, Uruguay et Venezuela) et dans les pays où il est nécessaire d'intensifier la détection des nouveaux cas (Bolivie et Pérou), et enfin d'étendre l'approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS, en mettant l'accent sur les zones urbaines.

Les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH seront élargies dans les pays où l'épidémie de VIH est généralisée (Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras et République dominicaine) ainsi qu'au Brésil et dans la Caraïbe anglophone. Dans les milieux où la prévalence de la co-infection TB/VIH est élevée, il est prévu d'encourager le dépistage du VIH chez tous les patients tuberculeux et de fournir des antirétroviraux à tous ceux reconnus VIH-positifs. Tous les autres pays de la région vont mettre en place une surveillance du VIH parmi les patients atteints de tuberculose.

Le réseau régional de laboratoires sera mieux consolidé pour favoriser le renforcement des réseaux nationaux et la surveillance de la résistance aux médicaments dans tous les pays. La stratégie DOTS-Plus sera largement étendue avec pour objectif, à l'horizon 2015, d'offrir un protocole DOTS-Plus à 90 % au moins des patients chez lesquels une tuberculose multirésistante aura été diagnostiquée. Avant fin 2015, 20 % des nouveaux cas de tuberculose ciblés et 100 % des cas ayant déjà suivi un traitement devraient être soumis aux tests de sensibilité aux antituberculeux.

Le plan régional prévoit également le développement des ressources humaines et la mise en place de stratégies de sensibilisation et de communication en faveur de la lutte antituberculeuse, dans le but d'inciter les gouvernements à s'engager davantage et de favoriser la participation des communautés locales et la mobilisation sociale. Le renforcement des capacités de recherche opérationnelle

au sein des pays constitue également l'une des priorités de la région. Le Bureau régional de l'OMS continuera de collaborer avec ses partenaires pour trouver les ressources qui permettront de soutenir la consolidation, l'analyse et la diffusion des résultats des projets de recherche opérationnelle en cours. Leur collaboration visera également à encourager les nouveaux projets, en particulier dans des domaines importants comme le diagnostic et la prise en charge des cas de co-infection TB/VIH, le suivi de l'impact des approches public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS, la diminution du nombre d'abandons de traitement, le repérage des facteurs de risque de rechute et les résultats des traitements contre la tuberculose multirésistante dans certains pays.

### Estimation de l'impact et du coût

Si les activités prévues sont mises en place avec succès, le taux de détection des nouveaux cas devrait atteindre 86 % d'ici 2010 et 91 % d'ici 2015. Le taux de succès thérapeutique devrait être de 87 % d'ici 2010 et se maintenir à ce niveau jusqu'en 2015.

Si tel est le cas, on devrait enregistrer une baisse continue de l'incidence, de la prévalence et des taux de mortalité et la région devrait atteindre les objectifs fixés par le Partenariat pour 2015.

Pendant la période couverte par le Plan, on estime que près de 2 millions de patients dans la région suivront un traitement dans le cadre des programmes DOTS et 20 000 dans le cadre des programmes DOTS-Plus. En outre, 33 000 patients tuberculeux bénéficieront d'un traitement antirétroviral. L'effet combiné de toutes ces interventions évitera environ 406 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si aucun programme DOTS n'était appliqué, ou environ 28 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si les efforts de lutte antituberculeuse étaient maintenus seulement aux niveaux de 2005.

Selon les estimations, le coût total de l'extension de la stratégie DOTS, de la stratégie DOTS-Plus et des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH dans la région des Amériques représentera environ US\$ 1,7 milliard pour 2006–2015.

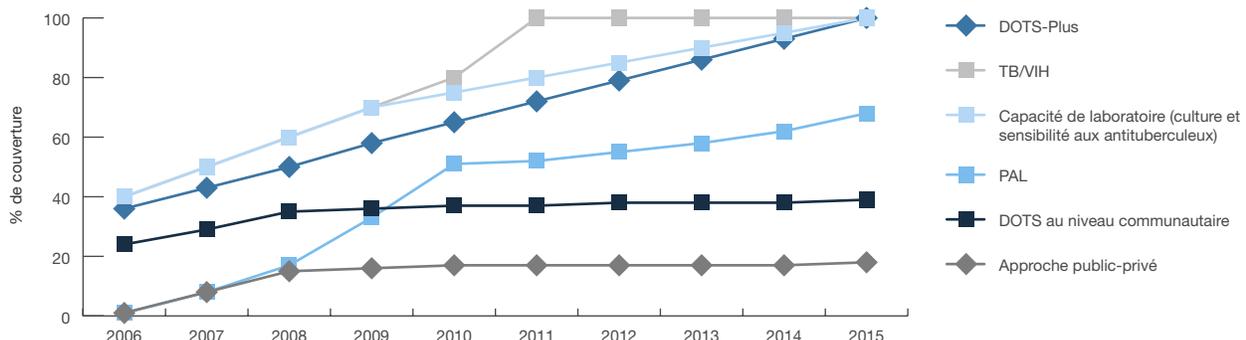
TABLEAU 8 : COÛT DES ACTIVITÉS PRÉVUES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE, RÉGION DES AMÉRIQUES, 2006–2015

Activités prévues	Coût (US\$ millions)
Extension et qualité de la stratégie DOTS	1 383 (83%)
Stratégie DOTS-Plus	121 (7%)
Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH	166 (10%)
TOTAL	1 670 (100%)

### GRAPHIQUES ET TABLEAU DE SYNTHÈSE CONCERNANT LA RÉGION DES AMÉRIQUES (PAYS D'AMÉRIQUE LATINE)

FIGURE 21 : EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015

Région des Amériques (pays d'Amérique latine)



N.B. La couverture de la population est le pourcentage de population qui vit dans une zone où l'activité est mise en œuvre. Concernant les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH, le pourcentage se réfère à la proportion de population justiciable d'un traitement, c'est-à-dire à la population vivant dans des zones où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %. Concernant la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du pourcentage de cas détectés de tuberculose multirésistante inscrits dans les programmes DOTS-Plus.

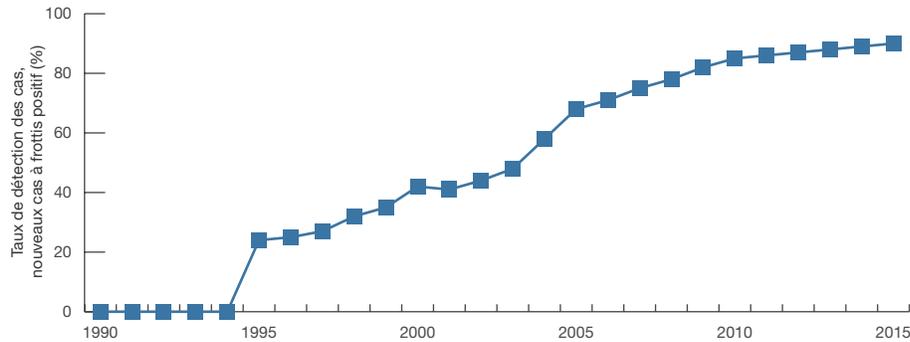
**TABLEAU 9 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS, DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS ET DES ACTIVITÉS TB/VIH (a)**

Région des Amériques (pays d'Amérique latine)	2006 (b)	2010 (b)	2015 (b)
<b>EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS</b>			
Couverture	71%	100%	100%
Nombre total de nouveaux cas à frottis positif sous traitement DOTS (en milliers)	87 (123)	88 (104)	71 (80)
Taux de détection des nouveaux cas à frottis positif (%)	71%	85%	90%
Taux de succès thérapeutique, nouveaux cas à frottis positif (%)	85%	85%	87%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS (en milliers)	114 (159)	117 (136)	97 (108)
Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS	72%	86%	90%
<b>DOTS-Plus</b>			
Nombre total de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus (en milliers)	1,1 (3,0)	2,0 (3,1)	2,6 (2,6)
Pourcentage de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus	36%	65%	100%
Taux de succès thérapeutique pour cas de TB multirésistante (%)	71%	73%	75%
Pourcentage de cas à culture positive qui sont des cas en reprise de traitement	16%	13%	10%
<b>TB/VIH</b>			
Nombre total de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (en milliers)	178 (408)	621 (760)	957 (957)
Pourcentage de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (c)	44%	82%	100%
Nombre total de PVVS récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide (en milliers)	22 (1 011)	58 (1 304)	65 (1 657)
Pourcentage de PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide	2%	4%	4%
Nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil (en milliers)	41 (121)	119 (174)	122 (143)
Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil	34%	68%	85%
Nombre total de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV (en milliers)	1,3 (5,4)	4,0 (10)	4,2 (12)
Pourcentage de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV	24%	33%	33%

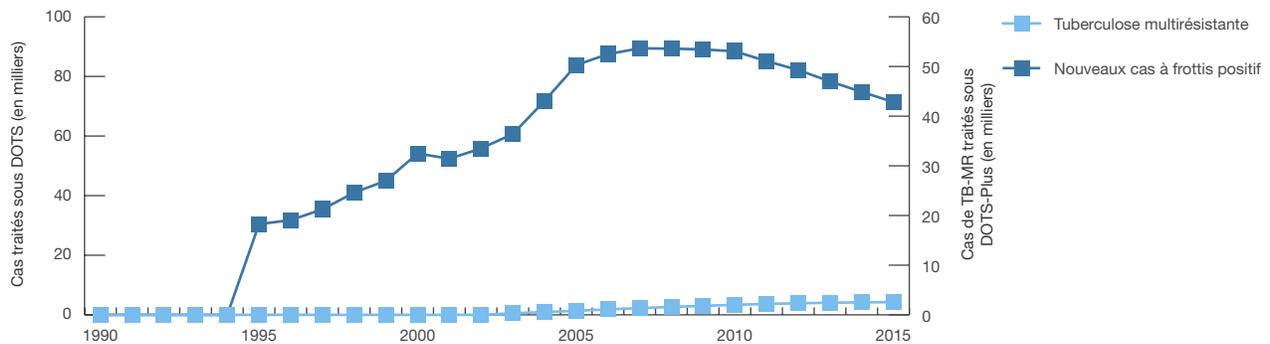
- a) Les pourcentages ne sont pas toujours le résultat exact de la division du numérateur par le dénominateur du fait des erreurs d'arrondis.  
b) Les nombres entre parenthèses indiquent le dénominateur. Pour l'extension de la stratégie DOTS, il s'agit des nouveaux cas de tuberculose. Pour la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du nombre total de cas détectés de tuberculose multirésistante. Pour les PVVS ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, il s'agit du nombre total de PVVS fréquentant les services de soins anti-VIH. Pour les PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide, il s'agit du nombre total de PVVS. Pour les patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH/conseil, il s'agit du nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH. Pour les patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement ARV, il s'agit du nombre total de patients positifs pour la co-infection TB/VIH dont on sait qu'ils sont justiciables d'un traitement ARV dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.  
c) Les services de lutte contre le VIH comprennent le dépistage et le conseil et les services de traitement et de soins.

FIGURE 22 : ESTIMATION DE L'IMPACT ET DU COÛT DE L'EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015

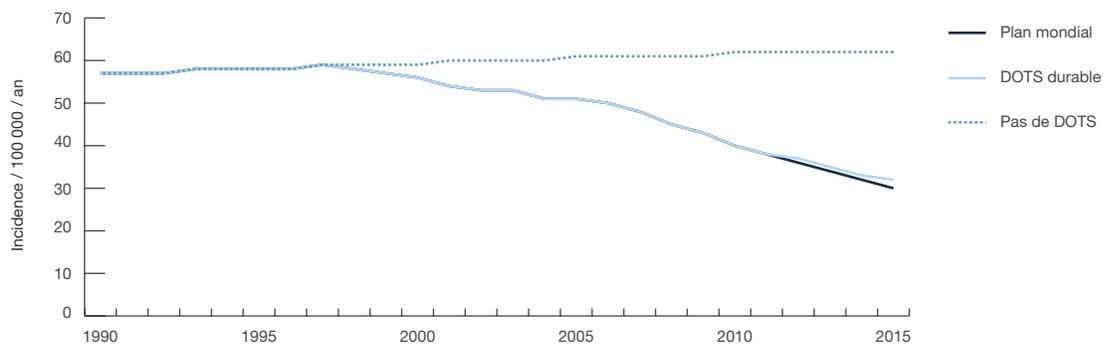
Région des Amériques (pays d'Amérique latine) : Taux de détection des cas, nouveaux cas à frottis positif



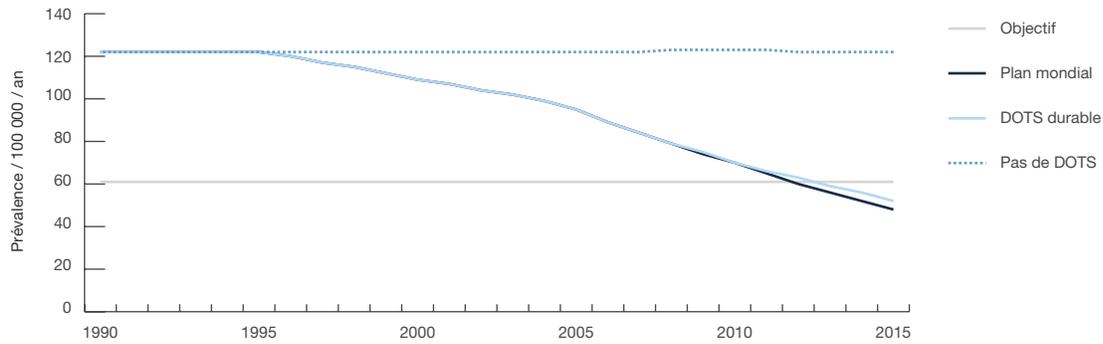
Région des Amériques (pays d'Amérique latine) : Nombre de cas traités sous DOTS/DOTS-Plus



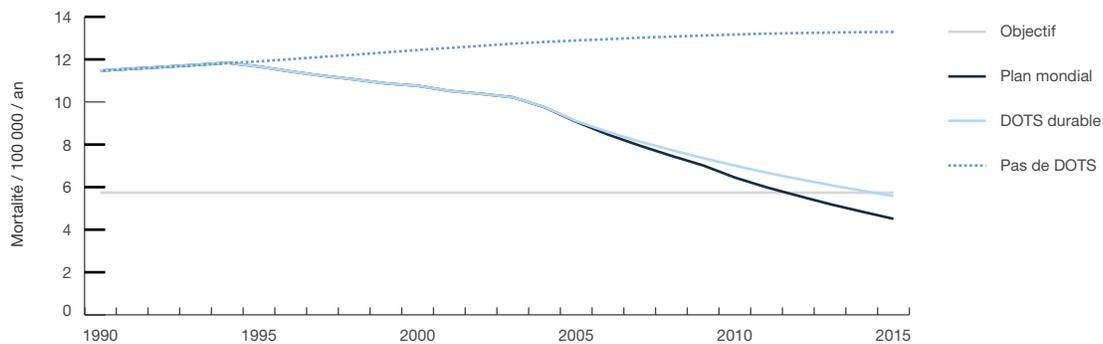
Région des Amériques (pays d'Amérique latine) : Incidence



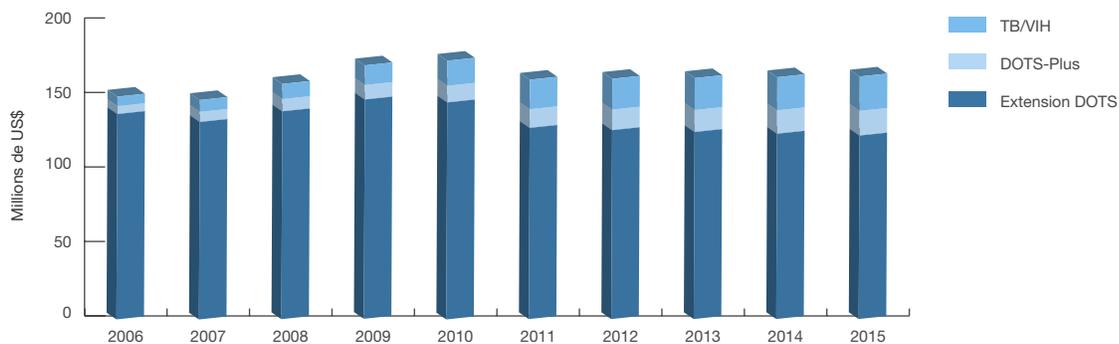
Région des Amériques (pays d'Amérique latine) : Prévalence



Région des Amériques (pays d'Amérique latine) : Mortalité



Région des Amériques (pays d'Amérique latine) : Coût total



### 7.3 Région de la Méditerranée orientale : résumé des activités prévues, de leur impact et de leur coût

#### Réalisations

La stratégie DOTS a été introduite dans la région de la Méditerranée orientale au milieu des années 90. Depuis, presque tous les pays de la région ont étendu les services DOTS à l'ensemble des établissements de soins des ministères de la santé, obtenant ainsi une couverture de 100 % des populations ainsi que des taux de succès thérapeutique élevés. En 2005, la couverture de la stratégie DOTS avoisinait les 90 % et le taux de succès thérapeutique les 84 %. La Région compte de nombreux pays à revenu intermédiaire dotés d'une infrastructure de santé publique bien développée. L'ensemble des pays fait preuve d'une volonté politique claire de lutte contre la tuberculose. La plupart se sont donc donné les moyens de lutter efficacement contre ce fléau. En d'autres termes, ils ont passé la première étape de la lutte antituberculeuse, à savoir assurer une couverture de base de la stratégie DOTS et obtenir de bons résultats thérapeutiques en s'appuyant sur les programmes existants.

Constat encourageant, quelques pays comme le Maroc et la Tunisie ont déjà atteint les objectifs mondiaux de 2005 puisqu'ils détectent au moins 70 % des nouveaux cas à frottis positif et traitent avec succès au moins 85 % de ces cas. L'incidence de la tuberculose a commencé à diminuer dans ces pays.

La région appréhende de mieux en mieux les effets du VIH sur la tuberculose. Les premières mesures ont été prises pour mettre en place une surveillance du VIH auprès des malades de la tuberculose et pour instaurer, au besoin, une collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH. Des projets pilotes DOTS-Plus ont été mis en place en Egypte, en Jordanie, au Liban, en République arabe syrienne et en Tunisie. Depuis peu, l'approche pratique de la santé respiratoire (PAL) est appliquée en Jordanie, au Maroc, en République arabe syrienne et en Tunisie.

#### Enjeux

Dans certains pays en situation de crise complexe, l'extension géographique de la stratégie DOTS n'est pas terminée, faute d'infrastructures sanitaires adaptées ou du fait des conditions d'insécurité. Il s'agit notamment de l'Afghanistan, de l'Iraq, de la Somalie et du Soudan (Sud et Darfour). Les autres pays de la région en sont maintenant au second stade de la lutte antituberculeuse, qui consiste à améliorer la qualité et l'accès aux soins. Ils déploient des efforts considérables pour relever le faible taux de détection des cas ; en effet, ce taux ne devrait être que de 45 % dans l'ensemble de la région à la fin de l'année 2005. Dans les deux pays les plus touchés par la tuberculose, l'Afghanistan et le Pakistan, le taux de détection des cas est toujours très bas, respectivement 18 % et 17 %. La faiblesse de ces taux résulte de nombreux facteurs. Les principaux volets de la stratégie DOTS, en particulier la détection des cas et la surveillance, ne sont pas toujours d'excellente qualité. Dans de nombreux pays de la région, le secteur privé des soins de santé est en pleine expansion, mais ne participe pas encore à

la stratégie DOTS. En outre, les principaux segments du secteur public des soins de santé, comme les services de sécurité sociale ou les services sanitaires de l'armée, n'y ont toujours pas adhéré.

Même si elle est encore faible, la couverture de la surveillance de la résistance aux médicaments s'élargit. L'impact du VIH sur la tuberculose pèse de plus en plus lourd dans les pays confrontés à une épidémie généralisée de VIH (Djibouti, Somalie, Soudan par exemple) et dans ceux où la consommation de drogues par injection est une source importante d'infection à VIH (comme en République islamique d'Iran). L'enjeu sera de mettre en place des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH pour résoudre ces problèmes dans des contextes où les systèmes de santé sont défaillants et où la prestation des services de santé est rendue difficile par les conflits civils.

#### Activités prioritaires pour 2006–2015

La priorité absolue consiste à améliorer la qualité des principaux volets de la stratégie DOTS comme le diagnostic en laboratoire, la surveillance et la gestion pharmaceutique et à développer et pérenniser les ressources humaines les mieux adaptées pour assurer des traitements DOTS de qualité. L'approche public-privé en faveur de la stratégie DOTS sera largement étendue. La participation du secteur des organisations non gouvernementales restera essentielle dans les zones en situation de crise complexe.

Pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus, les services de bactériologie et les tests de sensibilité aux antituberculeux seront étendus. D'ici 2015, la totalité des patients tuberculeux qui ont déjà suivi un traitement devraient être soumis aux tests de sensibilité aux antituberculeux. La stratégie DOTS-Plus sera élargie progressivement jusqu'à atteindre une couverture de 100 % en 2015. L'extension des services de bactériologie permettra aussi d'améliorer le diagnostic des cas de tuberculose à frottis négatif, ce qui est particulièrement important dans les zones où la prévalence du VIH est élevée.

Pour améliorer la qualité entre les différents secteurs de la santé et contribuer à faire remonter le taux de détection des nouveaux cas, l'approche pratique de la santé respiratoire (PAL) sera appliquée largement dans la région. Les programmes DOTS communautaires seront étendus dans certaines zones rurales. La surveillance est importante pour évaluer et contrôler la charge de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux. Les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH devront être mises en œuvre et renforcées dans les milieux durement touchés par l'infection à VIH.

La promotion de la recherche opérationnelle se poursuivra pour résoudre les problèmes décelés par les systèmes de surveillance de la tuberculose et les systèmes d'information sur la lutte antituberculeuse. Les pays de la région de la Méditerranée orientale bénéficieront d'un soutien pour adapter, élaborer et mettre en œuvre des stratégies spéciales de lutte antituberculeuse, notamment dans les milieux défavorisés et dans les grandes villes. Pour apporter une aide durable

politique, technique et financière à la lutte antituberculeuse, des partenariats Halte à la tuberculose seront mis en place aux niveaux des pays et de la région. Par ailleurs, des approches stratégiques de communication, de sensibilisation et de mobilisation sociale seront adaptées et mises en application.

### Estimation de l'impact et du coût

Si les activités décrites plus haut sont mises en place avec succès, le taux de détection des nouveaux cas augmentera rapidement et atteindra 73 % en 2010 et 80 % en 2015. Le taux de succès thérapeutique passera de 84 % à 87 % en 2010 et se maintiendra à ce niveau. La région enregistre d'ores et déjà une chute rapide de l'incidence, de la prévalence et des taux de mortalité liés à la tuberculose. Les activités prévues devraient accélérer cette tendance à la baisse, ce qui permettra à la région de la Méditerranée orientale d'atteindre les objectifs 2015 du Partenariat liés aux objectifs du Millénaire pour le développement.

Pendant la période couverte par le Plan (2006–2015), on estime que 3,6 millions de personnes suivront un traitement dans le cadre des programmes DOTS et 48 000 dans le cadre des programmes DOTS-Plus. En outre, 36 000 patients tuberculeux bénéficieront d'un traitement antirétroviral. L'effet combiné de toutes ces interventions permettra d'éviter environ 798 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si aucun programme DOTS n'était appliqué, ou environ 196 000 décès ce qui ne serait pas le cas si les efforts de lutte antituberculeuse étaient maintenus aux niveaux de 2005.

Selon les estimations, le coût total de l'extension de la stratégie DOTS, de la stratégie DOTS-Plus et des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH dans la région de la Méditerranée orientale représentera environ US\$ 2,6 milliards pour 2006–2015.

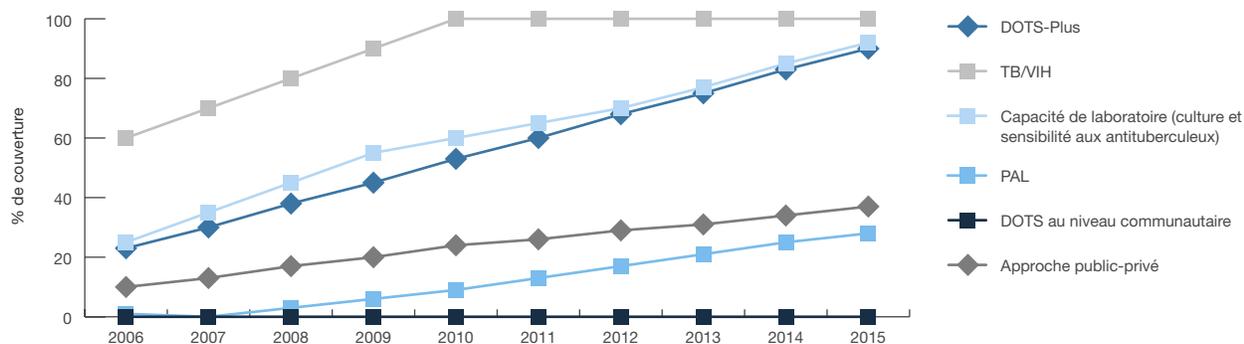
TABLEAU 10 : COÛT DES ACTIVITÉS PRÉVUES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE, RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE, 2006–2015

Activités prévues	Coût (US\$ millions)
Extension et qualité de la stratégie DOTS	2 221 (85%)
Stratégie DOTS-Plus	226 (9%)
Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH	175 (7%)
TOTAL	2 622 (100%)

## GRAPHIQUES ET TABLEAU DE SYNTHÈSE CONCERNANT LA RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

FIGURE 23 : EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015

Région de la Méditerranée orientale



N.B. La couverture de la population est le pourcentage de population qui vit dans une zone où l'activité est mise en œuvre. Concernant les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH, le pourcentage se réfère à la proportion de population justiciable d'un traitement, c'est-à-dire à la population vivant dans des zones où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %. Concernant la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du pourcentage de cas détectés de tuberculose multirésistante inscrits dans les programmes DOTS-Plus.

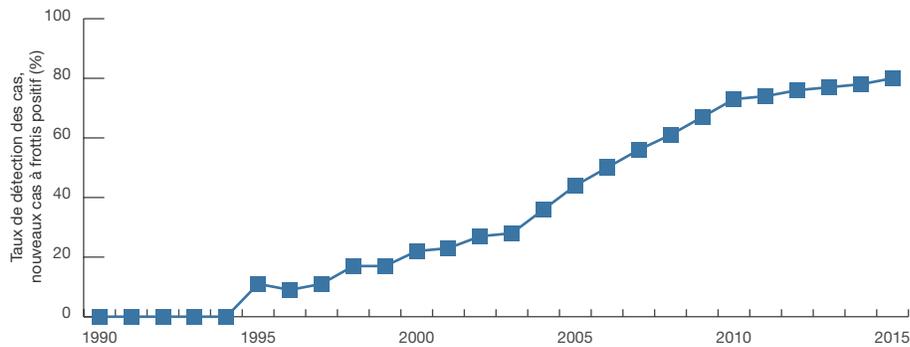
**TABLEAU 11 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS, DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS ET DES ACTIVITÉS TB/VIH (a)**

Région de la Méditerranée orientale	2006 (b)	2010 (b)	2015 (b)
<b>EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS</b>			
Couverture	100%	100%	100%
Nombre total de nouveaux cas à frottis positif sous traitement DOTS (en milliers)	133 (267)	180 (247)	154 (194)
Taux de détection des nouveaux cas à frottis positif (%)	50%	73%	80%
Taux de succès thérapeutique, nouveaux cas à frottis positif (%)	85%	85%	87%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS (en milliers)	166 (331)	224 (309)	193 (244)
Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS	50%	73%	79%
<b>DOTS-Plus</b>			
Nombre total de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus (en milliers)	0,7 (3,0)	4,3 (7,4)	9,2 (9,2)
Pourcentage de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus	25%	58%	100%
Taux de succès thérapeutique pour cas de TB multirésistante (%)	71%	73%	75%
Pourcentage de cas à culture positive qui sont des cas en reprise de traitement	13%	12%	10%
<b>TB/VIH</b>			
Nombre total de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (en milliers)	98 (159)	241 (241)	323 (323)
Pourcentage de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (c)	62%	100%	100%
Nombre total de PVVS récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide (en milliers)	6,2 (254)	6,8 (390)	6,9 (526)
Pourcentage de PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide	2%	2%	1%
Nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil (en milliers)	152 (299)	344 (404)	296 (348)
Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil	51%	85%	85%
Nombre total de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV (en milliers)	1,5 (3,4)	3,6 (6,6)	4,3 (8,2)
Pourcentage de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV	46%	57%	62%

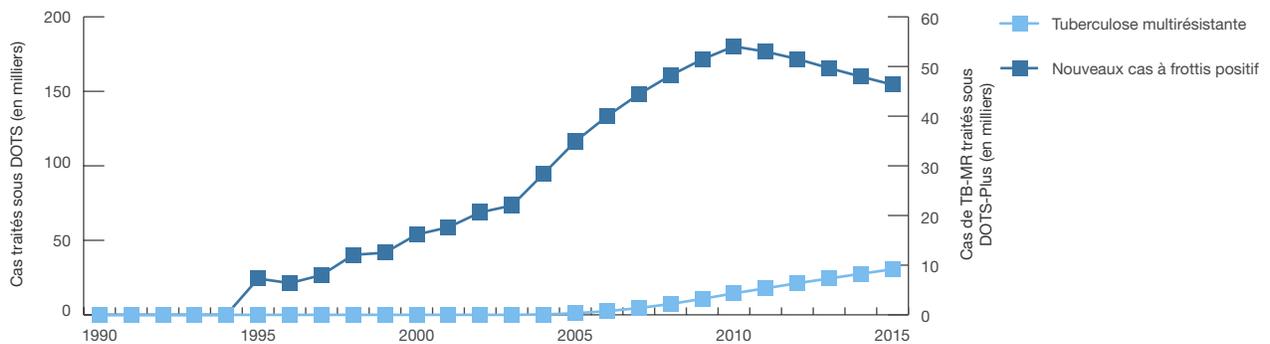
- a) Les pourcentages ne sont pas toujours le résultat exact de la division du numérateur par le dénominateur du fait des erreurs d'arrondis.
- b) Les nombres entre parenthèses indiquent le dénominateur. Pour l'extension de la stratégie DOTS, il s'agit des nouveaux cas de tuberculose. Pour la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du nombre total de cas détectés de tuberculose multirésistante. Pour les PVVS ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, il s'agit du nombre total de PVVS fréquentant les services de soins anti-VIH. Pour les PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide, il s'agit du nombre total de PVVS. Pour les patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH/conseil, il s'agit du nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH. Pour les patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement ARV, il s'agit du nombre total de patients positifs pour la co-infection TB/VIH dont on sait qu'ils sont justiciables d'un traitement ARV dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- c) Les services de lutte contre le VIH comprennent le dépistage et le conseil et les services de traitement et de soins.

**FIGURE 24 : ESTIMATION DE L'IMPACT ET DU COÛT DE L'EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015**

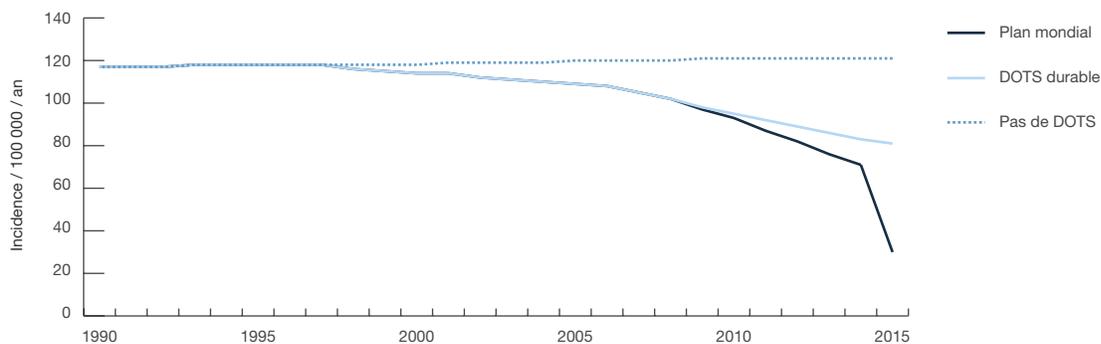
**Région de la Méditerranée orientale : Taux de détection des cas, nouveaux cas à frottis positif**



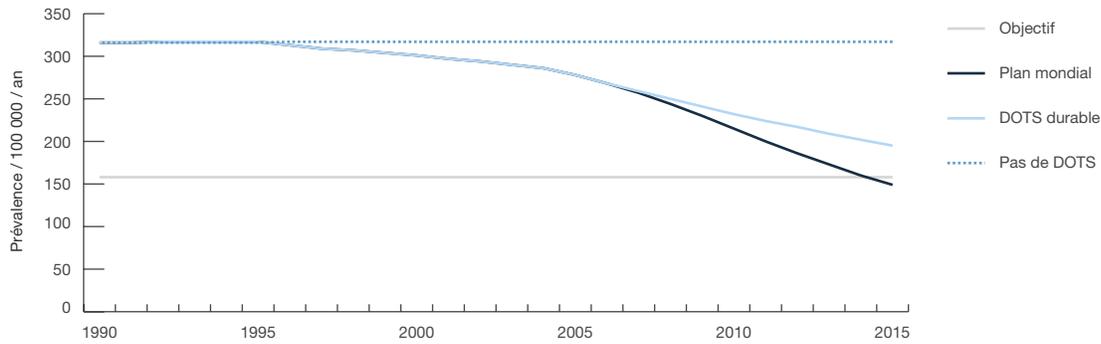
**Région de la Méditerranée orientale : Nombre de cas traités sous DOTS/DOTS-Plus**



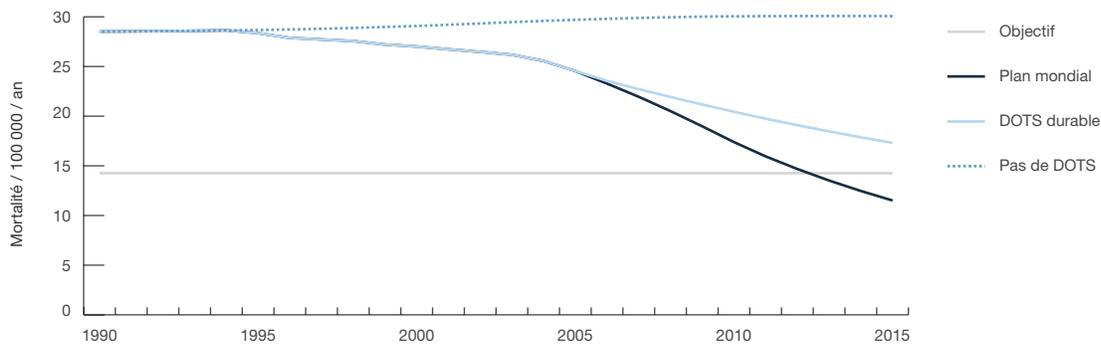
**Région de la Méditerranée orientale : Incidence**



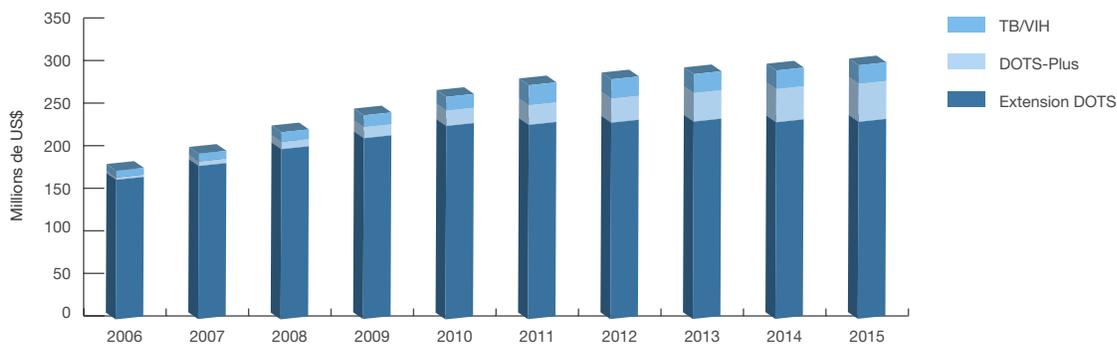
Région de la Méditerranée orientale : **Prévalence**



Région de la Méditerranée orientale : **Mortalité**



Région de la Méditerranée orientale : **Coût total**



## 7.4 Région de l'Europe orientale : résumé des activités prévues, de leur impact et de leur coût

### Réalisations

Dans la région de l'Europe orientale, l'augmentation rapide des taux de notification des cas qui a suivi l'effondrement de l'Union soviétique – et atteignait près de 15 % par an – semble s'être interrompue. Ces taux ont culminé en 2001 puis ont commencé à baisser lentement. La couverture de la stratégie DOTS est passée de 30 % en 2000 à 39 % en 2003 et devrait atteindre 46 % en 2005. Le taux de détection des cas n'était que de 22 % en 2003 mais devrait atteindre 40 % en 2005. Toutefois, il faut considérer cette évolution dans l'optique des 70 % fixés comme objectif mondial pour 2005. Le taux de succès thérapeutique dans les programmes DOTS a atteint 76 % dans la cohorte de 2002, et l'objectif 2005 est de 85 %. L'amélioration du taux de succès thérapeutique peut être attribuée à une meilleure application de la stratégie DOTS, qui résulte parfois de la mise en place d'incitations et de catalyseurs auprès des patients tuberculeux socialement vulnérables et des agents de santé engagés dans la lutte antituberculeuse. Les groupes vulnérables spécifiques – minorités, réfugiés et demandeurs d'asile – ont été ciblés dans certains endroits, mais les interventions se limitent aux zones pilotes en dépit des bons résultats obtenus.

Avec l'aide du Comité Feu Vert et de plusieurs partenaires, l'Estonie et la Lettonie ont pris, au niveau national, des mesures rationnelles de lutte contre la tuberculose multirésistante, en s'appuyant sur les recommandations de l'OMS. Un projet expérimental a été lancé en Azerbaïdjan et en Géorgie (dans les prisons), dans la Fédération de Russie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan, en République de Moldavie et en Roumanie. Un certain nombre de pays prévoient de lancer des projets pilotes et d'étendre les programmes DOTS-Plus, financés principalement par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Des activités pilotes de lutte contre la tuberculose et le VIH, menées en collaboration, ont été lancées ou sont prévues dans la plupart des pays durement touchés par la co-infection TB/VIH.

### Enjeux

La région de l'Europe orientale a le niveau de couverture et de détection des cas par les programmes DOTS le plus bas de toutes les régions. Le taux régional de succès thérapeutique est le second plus bas niveau, légèrement supérieur à celui obtenu dans la région africaine à forte prévalence du VIH. L'expansion des services diagnostiques et thérapeutiques de qualité dans cette région est considérablement limitée, faute d'une volonté politique et du fait de la faiblesse des infrastructures de santé publique (en particulier le manque de laboratoires capables de réaliser des recherches bactériologiques de qualité), de l'organisation verticale des programmes de lutte antituberculeuse, de la faible participation des dispensateurs de soins de santé et enfin, et c'est peut-être le plus important, de la formation insuffisante des ressources humaines.

La plupart des patients souffrant de tuberculose dans la région appartiennent à des groupes socialement vulnérables comme les sans-abri, les chômeurs, les migrants, les alcooliques et les anciens prisonniers. Si aucune mesure n'est prise pour réduire la pauvreté et améliorer le niveau de vie, les efforts de santé publique déployés contre la tuberculose ne pourront avoir qu'un effet limité.

L'ampleur de la résistance aux médicaments (notamment la tuberculose à bacilles multirésistants) en Europe orientale représente un grave problème pour la lutte antituberculeuse, comme l'indiquent les faibles taux de succès thérapeutique. Les patients atteints de tuberculose multirésistante, pris en charge en-dehors des programmes DOTS-Plus, sont traités en fonction de la disponibilité des médicaments et de la capacité des patients à acheter ces médicaments, avec un risque élevé de traitements inadaptés et de l'augmentation continue de la résistance aux médicaments. Trois rapports sur la surveillance de la résistance aux antituberculeux dans le monde ont confirmé l'ampleur et la propagation de la résistance aux médicaments en Europe orientale, notamment dans les pays de l'ex-Union soviétique. En outre, les profils de résistance aux médicaments sont plus graves que dans d'autres régions, les souches de bacilles sont souvent résistantes non seulement à tous les médicaments de première intention mais également à certains médicaments de seconde intention.

Dans les pays de l'ex-Union soviétique, les prisons ont été reconnues comme un terrain de propagation de la tuberculose, et en particulier de la tuberculose à bacilles multirésistants, qui se propage facilement du fait de l'entassement des prisonniers, de l'insuffisance de la ventilation, de la malnutrition et du manque d'hygiène. Comparée aux taux enregistrés dans la population civile de ces pays, l'incidence de la tuberculose parmi les prisonniers est environ 50 fois plus élevée et le taux de mortalité environ 28 fois supérieur. La pénurie de médicaments et la défaillance des services de laboratoire entraînent des diagnostics tardifs et des traitements inadaptés, ce qui aboutit à un nombre important de cas de tuberculose multirésistante dans le milieu carcéral. De plus, la lutte antituberculeuse dans les prisons n'est pas suffisamment intégrée dans les programmes civils de lutte antituberculeuse.

Depuis la fin des années 90, le VIH s'est propagé rapidement dans la région de l'Europe orientale, en particulier parmi les consommateurs de drogues par injection. On estime que 50 à 90 % des infections à VIH en Europe orientale et en Asie centrale sont dues à la consommation de drogues par injection. Le manque de coordination entre programmes de lutte antituberculeuse et programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans ces pays et l'absence de toute stratégie claire anti-VIH ciblant les consommateurs de drogues par injection – ajouté aux contraintes d'ordre général décrites plus haut, qui freinent la lutte antituberculeuse – aboutiront probablement dans la région à une vaste épidémie de co-infection TB/VIH parmi les consommateurs de drogues par injection, avec le risque inquiétant d'une superposition du VIH et de la tuberculose multirésistante.

### Activités prioritaires pour 2006–2015

Il est crucial d'obtenir un soutien politique pour mettre en place les activités prioritaires. La priorité absolue est d'obtenir une couverture totale de la stratégie DOTS tout en associant davantage les dispensateurs de soins de santé concernés, en particulier dans le secteur public des soins de santé primaires, en repérant les cas suspects, en réalisant des diagnostics primaires et en assurant le suivi thérapeutique des patients tuberculeux. Il convient d'accorder une attention particulière à la nécessité d'associer les services de santé carcéraux (et d'autres services ne relevant pas du ministère de la santé) aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Les mesures d'incitation doivent être multipliées. Il est important d'étudier le rôle joué actuellement par le secteur privé dans les soins antituberculeux et d'explorer l'éventualité d'une collaboration. Il faudra également assurer une formation de qualité pour développer et pérenniser une main d'œuvre compétente capable de lutter contre la tuberculose.

Il est également essentiel d'améliorer le réseau de laboratoires pour assurer la conformité aux Normes internationales et offrir des services fiables de diagnostic de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante. La surveillance de la résistance aux médicaments sera étendue. Des services de bactériologie et des tests de sensibilité aux antituberculeux sous assurance qualité, devront permettre de couvrir respectivement 90 % de tous les cas de tuberculose en 2010 et 100 % en 2015. Des efforts doivent être déployés massivement pour élargir la mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus au-delà de la phase expérimentale et l'intégrer dans les services de lutte antituberculeuse. La stratégie DOTS-Plus devrait couvrir 70 % de la population en 2010 et 100 % en 2015.

Une coordination doit être instaurée dans certains pays pour assurer la surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux et mettre en place des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH en ciblant particulièrement les consommateurs de drogues injectables. D'ici 2010, tous les pays durement touchés par la co-infection TB/VIH devront avoir mis en place des activités concertées et notamment la surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux.

### Estimation de l'impact et du coût

Si l'on redouble d'efforts, les programmes DOTS devraient couvrir 100 % de la population d'ici 2010. Les taux de détection des nouveaux cas devraient augmenter pour atteindre 72 % en 2010 et avoisiner les 97 % en 2015. Le taux de succès thérapeutique devrait, quant à lui, atteindre 85 % en 2010.

Entre 2006 et 2015, près de 2,2 millions de personnes suivront un traitement dans le cadre des programmes DOTS, et plus de 410 000 personnes dans le cadre des programmes DOTS-Plus. En outre, près de 31 000 patients tuberculeux bénéficieront d'un traitement antirétroviral. L'effet combiné de toutes ces interventions permettra d'éviter environ 218 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si aucun programme DOTS n'était appliqué, ou environ 155 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si les efforts de lutte étaient maintenus aux niveaux de

2005. Grâce à la mise en œuvre d'une lutte rigoureuse contre la tuberculose, on s'attend également à ce que la proportion estimée des cas de reprise de traitement tombe de 42 % en 2005 à 18 % en 2015.

La cible des objectifs du Millénaire pour le développement qui prévoit, d'ici 2015, de maîtriser la tuberculose et de commencer à inverser la tendance actuelle, sera atteinte. Les objectifs complémentaires que le Partenariat a fixés pour 2015, à savoir réduire de moitié la prévalence de la tuberculose et les taux de mortalité qui lui sont imputables, par rapport aux valeurs de référence de 1990, ne seront atteints qu'après 2015 dans cette région. Ceci s'explique par l'augmentation rapide de ces paramètres dans les années 90 à laquelle s'ajoutent les graves problèmes que nous venons de décrire. Selon les estimations, le coût total de l'extension de la stratégie DOTS, de la stratégie DOTS-Plus et des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH dans la région de l'Europe orientale représentera US\$ 8,9 milliards pour 2006–2015.

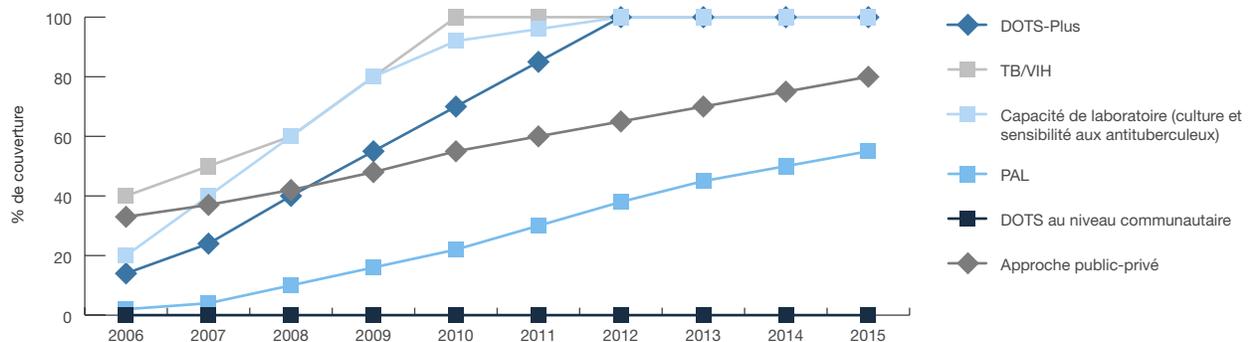
**TABLEAU 12 : COÛT DES ACTIVITÉS PRÉVUES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE, RÉGION DE L'EUROPE ORIENTALE, 2006–2015**

Activités prévues	Coût (US\$ millions)
Extension et qualité de la stratégie DOTS	4 809 (54%)
Stratégie DOTS-Plus	3 928 (44%)
Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH	186 (2%)
<b>TOTAL</b>	<b>8 923 (100%)</b>

**GRAPHIQUES ET TABLEAU DE SYNTHÈSE CONCERNANT LA RÉGION DE L'EUROPE ORIENTALE**

**FIGURE 25 : EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015**

Région de l'Europe orientale



N.B. La couverture de la population est le pourcentage de population qui vit dans une zone où l'activité est mise en œuvre. Concernant les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH, le pourcentage se réfère à la proportion de population justiciable d'un traitement, c'est-à-dire à la population vivant dans des zones où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %. Concernant la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du pourcentage de cas détectés de tuberculose multirésistante inscrits dans les programmes DOTS-Plus.

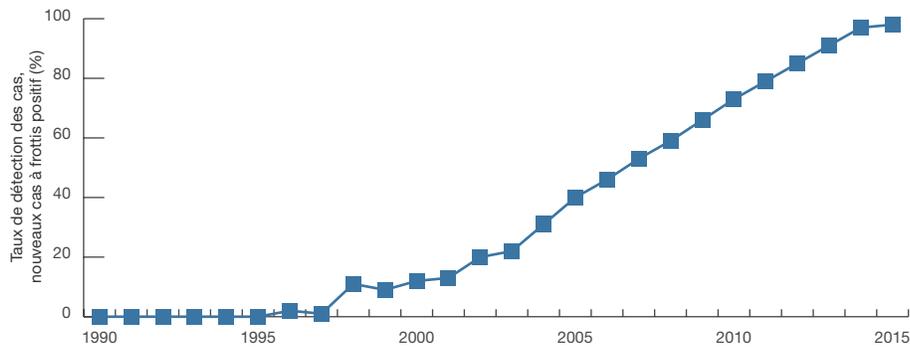
**TABLEAU 13 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS, DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS ET DES ACTIVITÉS TB/VIH (a)**

Région de l'Europe orientale	2006 (b)	2010 (b)	2015 (b)
<b>EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS</b>			
Couverture	56%	100%	100%
Nombre total de nouveaux cas à frottis positif sous traitement DOTS (en milliers)	73 (158)	110 (151)	111 (113)
Taux de détection des nouveaux cas à frottis positif (%)	46%	73%	98%
Taux de succès thérapeutique, nouveaux cas à frottis positif (%)	77%	85%	85%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS (en milliers)	88 (198)	108 (194)	137 (149)
Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS	44%	56%	92%
<b>DOTS-Plus</b>			
Nombre total de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus (en milliers)	14 (78)	50 (71)	45 (45)
Pourcentage de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus	18%	70%	100%
Taux de succès thérapeutique pour cas de TB multirésistante (%)	73%	76%	80%
Pourcentage de cas à culture positive qui sont des cas en reprise de traitement	39%	30%	18%
<b>TB/VIH</b>			
Nombre total de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (en milliers)	82 (171)	745 (745)	1 143 (1 143)
Pourcentage de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (c)	48%	100%	100%
Nombre total de PVVS récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide (en milliers)	21 (714)	141 (1 582)	203 (2 468)
Pourcentage de PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide	3%	9%	8%
Nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil (en milliers)	18 (54)	111 (131)	126 (149)
Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil	34%	85%	85%
Nombre total de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV (en milliers)	0,5 (1,1)	3,1 (5,3)	5,1 (9,2)
Pourcentage de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV	45%	57%	59%

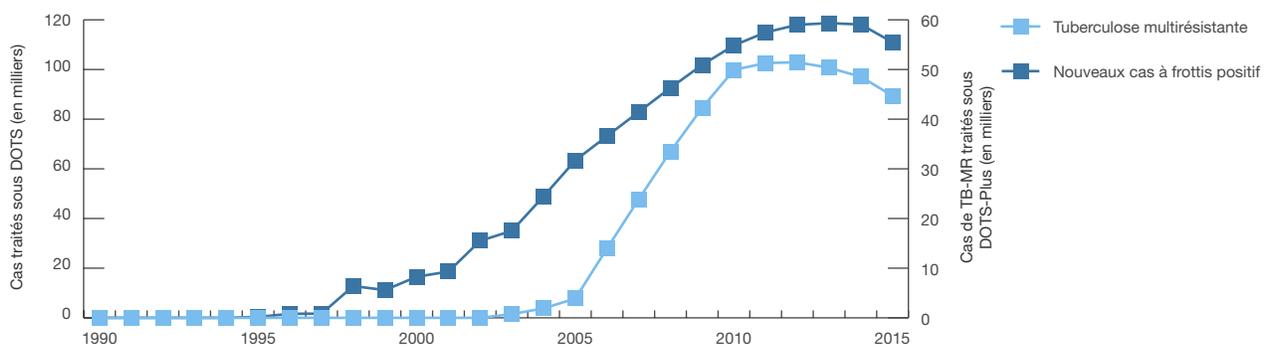
- a) Les pourcentages ne sont pas toujours le résultat exact de la division du numérateur par le dénominateur du fait des erreurs d'arrondis.
- b) Les nombres entre parenthèses indiquent le dénominateur. Pour l'extension de la stratégie DOTS, il s'agit des nouveaux cas de tuberculose. Pour la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du nombre total de cas détectés de tuberculose multirésistante. Pour les PVVS ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, il s'agit du nombre total de PVVS fréquentant les services de soins anti-VIH. Pour les PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide, il s'agit du nombre total de PVVS. Pour les patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH/conseil, il s'agit du nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH. Pour les patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement ARV, il s'agit du nombre total de patients positifs pour la co-infection TB/VIH dont on sait qu'ils sont justiciables d'un traitement ARV dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- c) Les services de lutte contre le VIH comprennent le dépistage et le conseil et les services de traitement et de soins.

FIGURE 26 : ESTIMATION DE L'IMPACT ET DU COÛT DE L'EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015

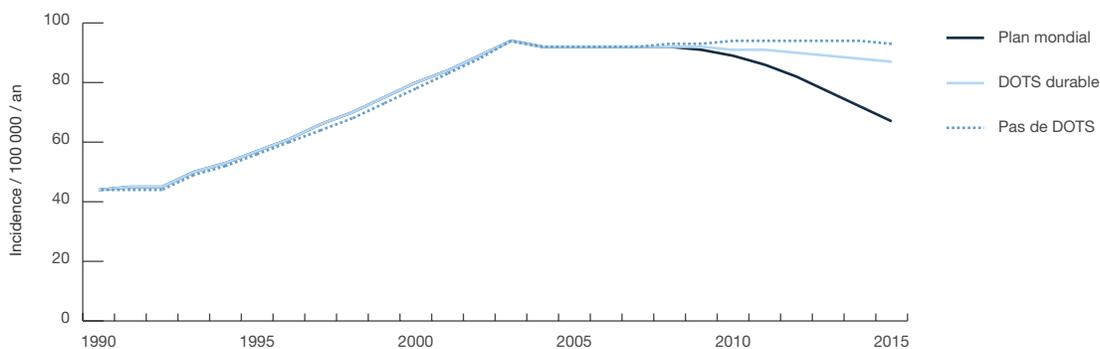
Région de l'Europe orientale : Taux de détection des cas, nouveaux cas à frottis positif



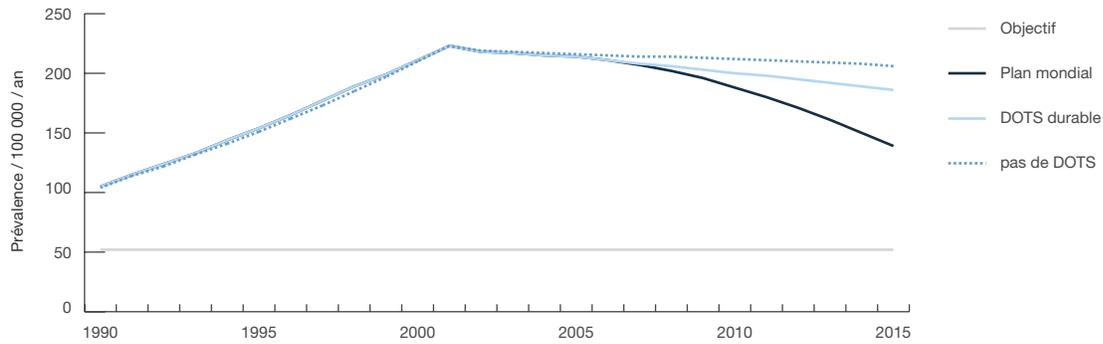
Région de l'Europe orientale : Nombre de cas traités sous DOTS/DOTS-Plus



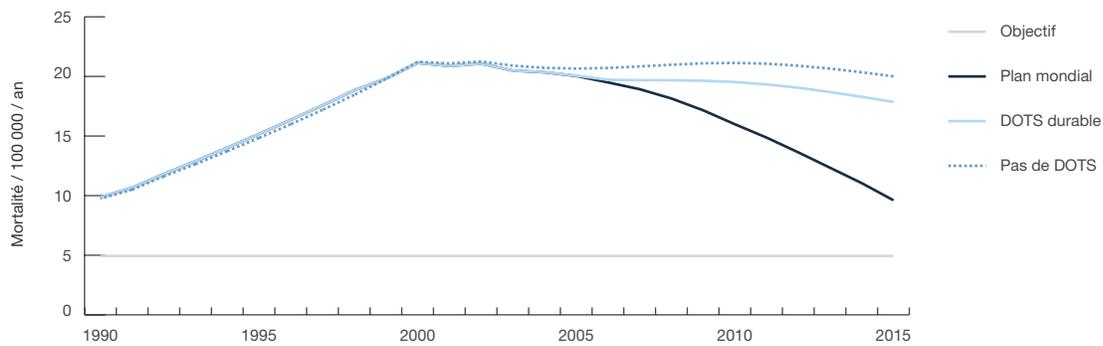
Région de l'Europe orientale : Incidence



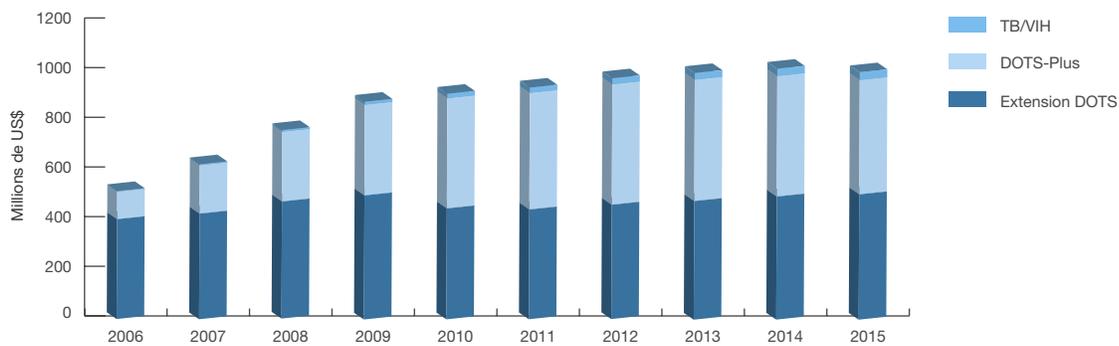
Région de l'Europe orientale : Prévalence



Région de l'Europe orientale : Mortalité



Région de l'Europe orientale : Coût total



## 7.5 Région de l'Asie du Sud-Est : résumé des activités prévues, de leur impact et de leur coût

### Réalisations

Pendant la période couverte par le premier Plan mondial du Partenariat 2001–2005 la stratégie DOTS s'est étendue rapidement dans la région de l'Asie du Sud-Est et, en 2005, la couverture géographique était de 100 %. Tous les pays de la région durement touchés par la tuberculose (Bangladesh, Inde, Indonésie, Myanmar et Thaïlande) ont amélioré de façon remarquable la couverture et la qualité des programmes DOTS. Le taux de détection des nouveaux cas a augmenté puisqu'il est passé de 18 % en 2000 à 45 % en 2003. Il devrait approcher des 65 % à la fin de l'année 2005, comparé aux 70 % fixés comme cible pour 2005 par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Partenariat Halte à la tuberculose. Le taux de succès thérapeutique est déjà de 85,3 % dans la région, ce qui correspond à l'objectif de 2005 (85 %). Cette avancée a été rendue possible grâce à une forte volonté politique et à d'importants investissements qui ont permis d'améliorer l'infrastructure, d'assurer un approvisionnement pharmaceutique fiable, d'augmenter les dotations en personnel, d'améliorer les services de laboratoire et d'intensifier la formation et la surveillance.

Les programmes de lutte antituberculeuse dans la région obtiennent de plus en plus l'adhésion d'un large éventail de dispensateurs de soins de santé publics et privés pour élargir l'accès à des services de qualité. La participation des communautés locales constitue déjà l'une des principales caractéristiques de plusieurs des programmes de lutte antituberculeuse dans la région. Les organisations non gouvernementales bien implantées au niveau communautaire jouent un rôle moteur dans plusieurs endroits. On fait largement appel à des bénévoles recrutés localement pour superviser les traitements.

Le plan stratégique régional de l'OMS contre la co-infection TB/VIH recommande la mise en place de stratégies et d'interventions clés pour réduire la morbidité et la mortalité imputables à cette co-infection, grâce au développement de la collaboration entre programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et programmes nationaux de lutte contre le SIDA. La Thaïlande a mis en place des services communs tuberculose-VIH dans tout le pays. L'Inde, l'Indonésie et le Myanmar ont instauré une collaboration officielle entre leurs programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et leurs programmes nationaux de lutte contre le SIDA, de même qu'une collaboration pour un certain nombre d'interventions et d'activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, tandis que trois pays (Inde, Myanmar et Thaïlande) prévoient de mettre en place des activités de surveillance du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose.

Des projets pilotes DOTS-Plus sont en cours d'application en Inde et au Népal. L'Inde a élaboré un plan national de surveillance de la résistance aux médicaments ainsi qu'un

plan d'expérimentation et de mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus. Actuellement, la capacité de culture et de tests de sensibilité aux antituberculeux est très réduite dans la région bien que le Bangladesh, l'Indonésie et le Myanmar prévoient de développer des services de bactériologie sous assurance qualité et des tests de sensibilité aux antituberculeux de même que des programmes DOTS-Plus grâce aux ressources du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

### Enjeux

Pendant la période 2006–2015 couverte par le Plan, il faudra maintenir un engagement politique ferme et augmenter le niveau actuel de financement pour continuer à améliorer l'accès à des services de lutte antituberculeuse de qualité. Si l'on estime que 35 % des cas ne sont toujours pas atteints par les services DOTS existants, il est clair que des efforts importants et soutenus devront être déployés pour maintenir les tendances qui sont actuellement positives. La plupart des pays de la région ont un système de soins de santé très diversifié, et un certain nombre de dispensateurs de soins de santé publics et privés n'ont toujours pas adhéré aux programmes DOTS. L'enjeu majeur pour l'avenir est de faire participer le plus grand nombre possible de ces dispensateurs de soins à l'extension de services DOTS de qualité à la fois dans les zones urbaines et rurales.

La région de l'Asie du Sud-Est est la deuxième région la plus touchée par l'épidémie de VIH, après l'Afrique subsaharienne. En décembre 2004, on estimait à plus de 6 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH. L'ampleur de l'épidémie de co-infection TB/VIH dans la région dépendra de l'évolution future de l'épidémie de VIH et des efforts de lutte contre la tuberculose. La prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux varie de 0,1 % au Bangladesh à 4,6 % en Inde et à 8,7 % en Thaïlande. Les données fournies par une région de Thaïlande à faible prévalence du VIH montrent que la fréquentation des services de conseil et de dépistage du VIH par les personnes souffrant de tuberculose n'est guère élevée, une situation à laquelle il faudra remédier au fur et à mesure que les services de conseil et de dépistage du VIH deviennent plus facilement accessibles.

La couverture de la surveillance de la résistance aux médicaments dans la région est faible, essentiellement du fait de l'insuffisance des données fournies par le Bangladesh, l'Inde et l'Indonésie, ce qui rend difficile l'évaluation de la situation régionale concernant la tuberculose à bacilles multirésistants. Les données disponibles montrent cependant que, si la proportion des cas de tuberculose multirésistante parmi les patients jamais traités auparavant peut être inférieure à 3 %, le grand nombre de cas de tuberculose laisse entendre que l'Asie du Sud-Est est durement touchée par la tuberculose à bacilles multirésistants. On estime que sur la totalité des patients atteints de tuberculose multirésistante dans le monde, 25 % vivent en Inde. Actuellement, la plupart des programmes nationaux de lutte antituberculeuse dans la région n'assurent pas le diagnostic et le traitement des cas de tuberculose multirésistante, bien que de nombreux autres dispensateurs publics ou privés s'en chargent, en utilisant les médicaments de seconde intention qui sont largement disponibles.

### Activités prioritaires pour 2006–2015

En premier lieu, les efforts devront être axés sur le maintien des engagements et des ressources en faveur de la lutte antituberculeuse, particulièrement sur la pérennisation du potentiel en ressources humaines permettant d'assurer des services DOTS de qualité. Il sera ensuite essentiel d'élargir la portée de la stratégie DOTS en favorisant la participation des autres secteurs – en particulier le secteur privé, étendu et très actif dans la région. Accentuer l'approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS sera particulièrement important dans les zones urbaines en rapide expansion, où les acteurs de la lutte antituberculeuse doivent tenir compte d'un ensemble complexe de différents dispensateurs de soins ainsi que d'une grande diversité de patients tuberculeux, notamment des habitants de taudis et des migrants.

Les activités de sensibilisation des populations locales, tout comme les campagnes d'éducation, d'information et de communication qui aident les communautés à élaborer leurs propres stratégies, seront particulièrement importantes si l'on veut offrir des services de qualité aux groupes défavorisés ou marginalisés qui vivent dans les zones rurales ou transfrontalières difficiles d'accès et aux personnes déplacées. La décentralisation des services et la participation de tous les agents de santé et des travailleurs sociaux sur le terrain devraient contribuer à éliminer les obstacles qui empêchent les femmes et les enfants d'avoir accès aux soins.

La région doit également se concentrer sur le problème croissant de la résistance aux médicaments. Améliorer la qualité des services DOTS fournis par tous les dispensateurs de soins de santé permettra d'enrayer et d'inverser le développement de cette résistance. Les tests de sensibilité aux antituberculeux devront être étendus jusqu'à couvrir, en 2015, 20 % des nouveaux cas de tuberculose et 100 % des patients ayant déjà suivi un traitement. Le taux de couverture des programmes DOTS-Plus devrait passer à 50 % d'ici 2010 et à 100 % d'ici 2015.

La surveillance du VIH chez les patients tuberculeux doit être mise en place dans les pays où la co-infection TB/VIH est particulièrement répandue. Les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, menées en collaboration, seront étendues avant fin 2009 à toutes les populations supportant cette double charge. L'approche pratique de la santé respiratoire sera également élargie, et l'accent mis sur les zones urbaines.

### Estimation de l'impact et du coût

Grâce au redoublement des efforts décrits plus haut, le taux de détection des nouveaux cas devrait augmenter et passer à 79 % d'ici 2010 et à 84 % d'ici 2015. Le taux de succès thérapeutique a déjà atteint l'objectif visé pour 2005, à savoir 85 %, et devrait augmenter pour se situer entre 85 et 90 % d'ici 2010, puis se maintenir à ce niveau (il convient de noter que 87 % est le taux de succès thérapeutique utilisé dans le calcul des scénarios). De ce fait, si la baisse prévue de l'incidence, de la prévalence et des taux de mortalité se confirme, la région de l'Asie du Sud-Est atteindra les objectifs du Partenariat avant l'année butoir de 2015.

La baisse rapide prévue de l'incidence et du nombre de nouveaux cas dans le scénario présenté (voir les figures) repose sur l'hypothèse que tous les pays, en particulier les cinq pays de la région durement touchés par la tuberculose, parviendront à maintenir, voire à dépasser, le taux de détection des nouveaux cas de 70 % et le taux de succès thérapeutique de 85 %. Le rythme de cette baisse dépendra également de l'efficacité avec laquelle les initiatives seront mises en œuvre (comme la stratégie DOTS-Plus, l'approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS et les interventions de lutte contre la co-infection TB/VIH, entre autres) pour contrecarrer l'impact du VIH et l'émergence de la tuberculose multirésistante dans les pays de la région.

Au cours de la période couverte par le Plan 2006–2015, on estime qu'au moins 16 millions de personnes suivront un traitement dans le cadre des programmes DOTS et plus de 145 000, dans le cadre des programmes DOTS-Plus. En outre, 306 000 patients tuberculeux bénéficieront d'un traitement antirétroviral. L'effet combiné de toutes ces interventions permettra d'éviter environ 5 millions de décès, ce qui ne serait pas le cas si aucun programme DOTS n'était appliqué, ou environ 460 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si les efforts de lutte antituberculeuse étaient maintenus aux niveaux de 2005. Grâce à l'application des mesures de lutte efficaces, la proportion estimée des reprises de traitement devrait diminuer et passer de 25 % en 2005 à 12 % en 2015.

Selon les estimations, le coût total de l'extension de la stratégie DOTS, de la stratégie DOTS-Plus et des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH dans la région de l'Asie du Sud-Est représentera US\$ 5,5 milliards pour 2006–2015.

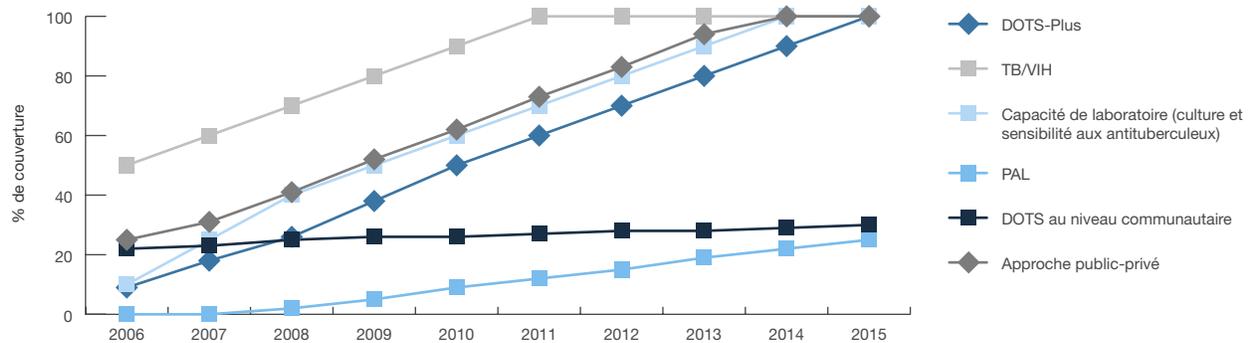
**TABLEAU 14 :** COÛT DES ACTIVITÉS PRÉVUES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE, RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST, 2006–2015

Activités prévues	Coût (US\$ millions)
Extension et qualité de la stratégie DOTS	3 778 (68%)
Stratégie DOTS-Plus	678 (12%)
Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH	1 112 (20%)
TOTAL	5 569 (100%)

**GRAPHIQUES ET TABLEAU DE SYNTHÈSE CONCERNANT LA RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST**

**FIGURE 27 :** EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015

Région de l'Asie du Sud-Est



N.B. La couverture de la population est le pourcentage de population qui vit dans une zone où l'activité est mise en œuvre. Concernant les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH, le pourcentage se réfère à la proportion de population justiciable d'un traitement, c'est-à-dire à la population vivant dans des zones où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %. Concernant la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du pourcentage de cas détectés de tuberculose multirésistante inscrits dans les programmes DOTS-Plus.

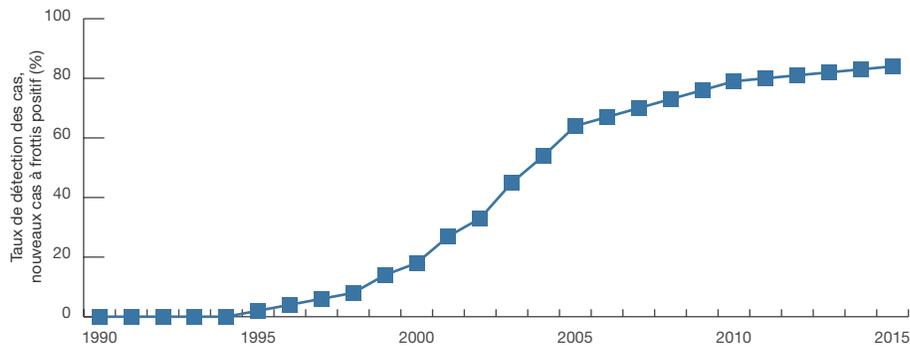
**TABLEAU 15 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS, DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS ET DES ACTIVITÉS TB/VIH (a)**

Région de l'Asie du Sud-Est	2006 (b)	2010 (b)	2015 (b)
<b>EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS</b>			
Couverture	100%	100%	100%
Nombre total de nouveaux cas à frottis positif sous traitement DOTS (en milliers)	790 (1 178)	742 (939)	562 (668)
Taux de détection des nouveaux cas à frottis positif (%)	67%	79%	84%
Taux de succès thérapeutique, nouveaux cas à frottis positif (%)	85%	87%	87%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS (en milliers)	1 012 (1 507)	953 (1 209)	737 (880)
Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS	67%	79%	84%
<b>DOTS-Plus</b>			
Nombre total de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus (en milliers)	2,0 (22)	14 (34)	26 (26)
Pourcentage de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus	9%	43%	100%
Taux de succès thérapeutique pour cas de TB multirésistante (%)	71%	73%	75%
Pourcentage de cas à culture positive qui sont des cas en reprise de traitement	24%	19%	12%
<b>TB/VIH</b>			
Nombre total de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (en milliers)	307 (550)	692 (749)	877 (877)
Pourcentage de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (c)	56%	92%	100%
Nombre total de PVVS récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide (en milliers)	59 (1 049)	157 (1 244)	199 (1 421)
Pourcentage de PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide	6%	13%	14%
Nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil (en milliers)	528 (1 243)	895 (1 170)	762 (896)
Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil	43%	77%	85%
Nombre total de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV (en milliers)	21 (47)	31 (51)	33 (55)
Pourcentage de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV	45%	55%	59%

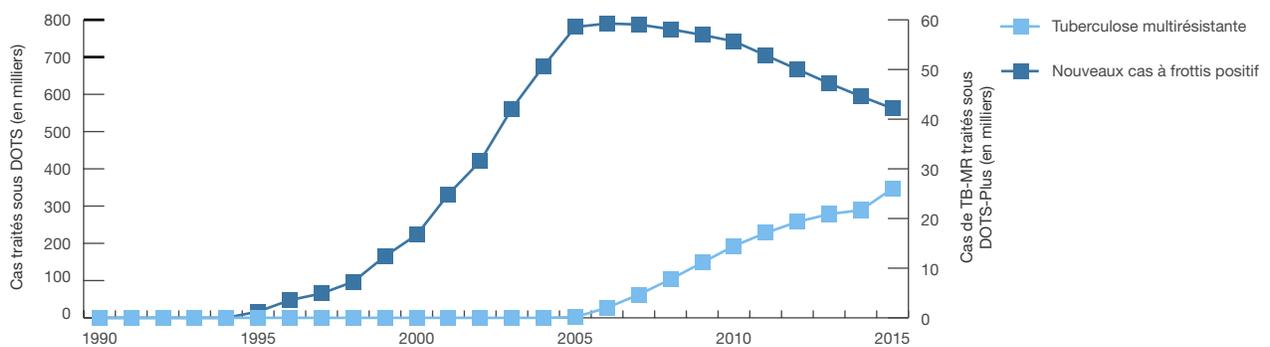
- a) Les pourcentages ne sont pas toujours le résultat exact de la division du numérateur par le dénominateur du fait des erreurs d'arrondis.
- b) Les nombres entre parenthèses indiquent le dénominateur. Pour l'extension de la stratégie DOTS, il s'agit des nouveaux cas de tuberculose. Pour la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du nombre total de cas détectés de tuberculose multirésistante. Pour les PVVS ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, il s'agit du nombre total de PVVS fréquentant les services de soins anti-VIH. Pour les PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide, il s'agit du nombre total de PVVS. Pour les patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH/conseil, il s'agit du nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH. Pour les patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement ARV, il s'agit du nombre total de patients positifs pour la co-infection TB/VIH dont on sait qu'ils sont justiciables d'un traitement ARV dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- c) Les services de lutte contre le VIH comprennent le dépistage et le conseil et les services de traitement et de soins.

**FIGURE 28 : ESTIMATION DE L'IMPACT ET DU COÛT DE L'EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015**

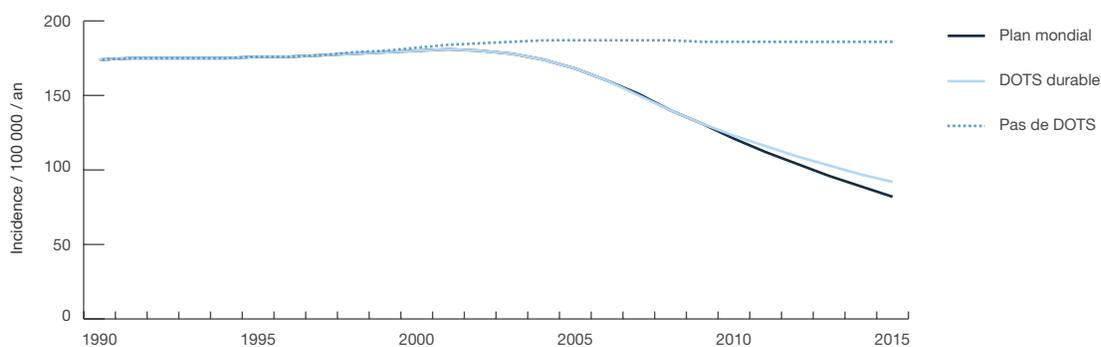
**Région de l'Asie du Sud-Est : Taux de détection des cas, nouveaux cas à frottis positif**



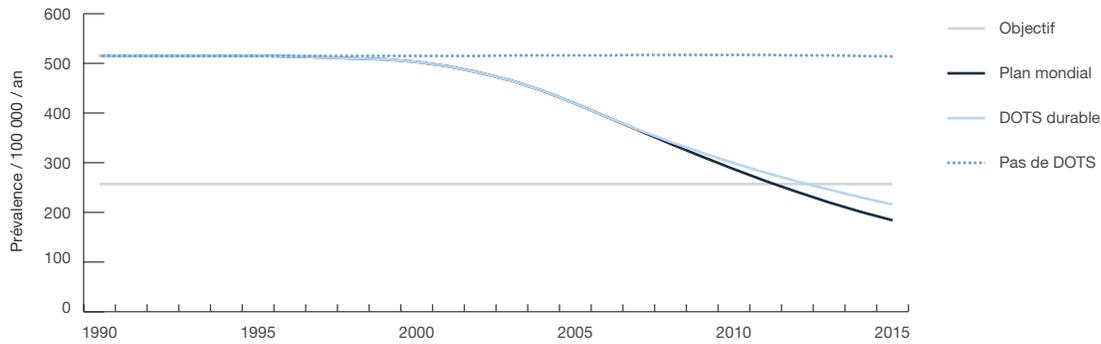
**Région de l'Asie du Sud-Est : Nombre de cas traités sous DOTS/DOTS-Plus**



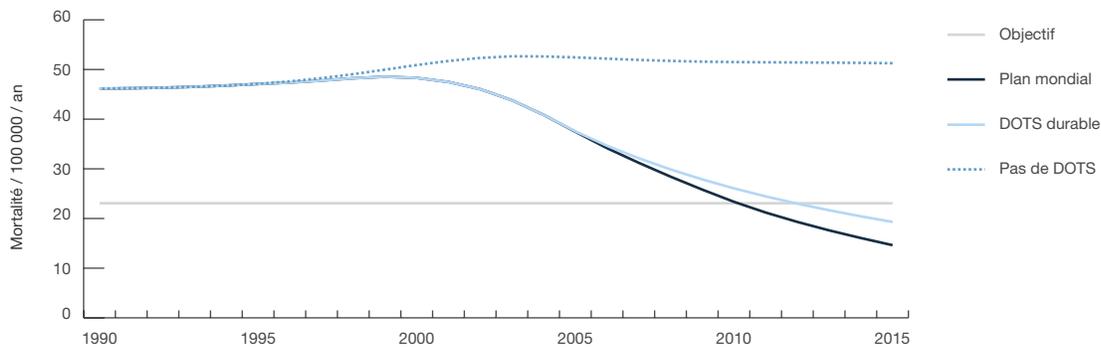
**Région de l'Asie du Sud-Est : Incidence**



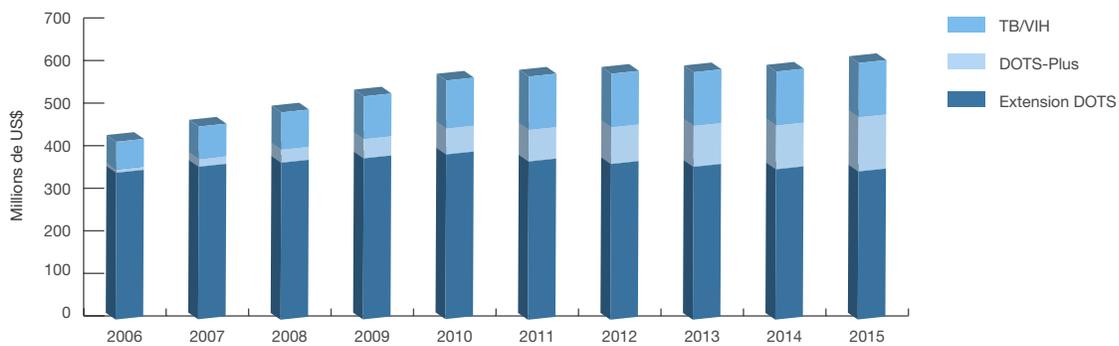
Région de l'Asie du Sud-Est : Prévalence



Région de l'Asie du Sud-Est : Mortalité



Région de l'Asie du Sud-Est : Coût total



## 7.6 Région du Pacifique occidental : résumé des activités prévues, de leur impact et de leur coût

### Réalisations

Dans la région du Pacifique occidental, la couverture de la stratégie DOTS et le taux de détection des nouveaux cas ont augmenté régulièrement, puisqu'ils sont passés, respectivement, de 58 % et 44 % en 1998 à 90 % et 52 % en 2003. Des données préliminaires montrent une évolution continue en 2004 et début 2005, ce qui laisse supposer que la région atteindra probablement les objectifs de couverture par la stratégie DOTS et de détection des nouveaux cas (70 %) fixés pour 2005. Le taux de succès thérapeutique a dépassé 85 %, objectif 2005, depuis plusieurs années. La mise en œuvre de la stratégie régionale Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental a été un facteur essentiel de ce progrès. D'importants investissements ont été réalisés pour assurer une aide technique bien ciblée, le renforcement des capacités, une coordination efficace, l'échange d'informations, des campagnes de sensibilisation, un suivi et une supervision, le renforcement des partenariats et la mobilisation des ressources en faveur de la lutte antituberculeuse.

Quatre pays durement touchés par la tuberculose – Cambodge, Chine, Philippines et Viet Nam – concentrent 95 % des cas de tuberculose estimés dans la région. Le Viet Nam s'est doté d'un excellent programme qui lui a permis d'atteindre les objectifs de 2005 depuis plusieurs années, sans toutefois parvenir à réduire l'incidence de la tuberculose. La Chine a accompli des progrès impressionnants ces dernières années grâce à une volonté politique ferme et à l'augmentation des financements locaux et extérieurs, ce qui a permis d'augmenter rapidement la couverture de la stratégie DOTS et d'améliorer la qualité des programmes. Une initiative de grande envergure vient d'être lancée pour faire participer le gigantesque secteur hospitalier chinois à la mise en œuvre de la stratégie DOTS et pour améliorer la notification des cas. Cette initiative a conduit à une augmentation rapide du taux de détection des nouveaux cas. Depuis 2001, les Philippines affinent régulièrement l'application des programmes et élargissent l'approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS afin d'améliorer la détection et la prise en charge des cas de tuberculose dans le secteur privé. Le pays utilise les ressources du Fonds mondial pour élargir la stratégie DOTS-Plus. Le Cambodge, parallèlement au renforcement des services de soins de santé primaires, a amélioré la qualité des programmes DOTS et en a facilité l'accès.

Le Cambodge a instauré une collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH et les programmes de lutte antituberculeuse et des projets pilotes ont été mis en place au Viet Nam. La Chine a défini un cadre national d'action contre la co-infection TB/VIH. Outre le projet DOTS-Plus existant aux Philippines, des plans nationaux d'expérimentation et d'extension de la stratégie DOTS-Plus ont été élaborés en Chine, en Mongolie et au Viet Nam.

La région a investi dans la constitution d'un réseau performant de laboratoires. Grâce à l'aide des laboratoires de référence supranationaux situés en Australie, dans la région administrative spéciale de Hong Kong, au Japon et en République de Corée, un vaste programme d'assurance de la qualité des services de laboratoire et de surveillance de la résistance aux médicaments a été mis en place dans l'ensemble de la région.

### Enjeux

Il faut maintenir les excellents résultats obtenus récemment en continuant à mobiliser les volontés politiques et les financements nécessaires. La gestion des programmes et le contrôle de la qualité ont dû être adaptés à l'expansion rapide des services. Les efforts doivent se concentrer sur la nécessité d'assurer et de préserver des services DOTS de qualité. Le grand nombre et la diversité des dispensateurs de soins de santé dans la région qui n'ont pas encore adhéré à la stratégie DOTS posent un problème majeur.

L'impact de l'épidémie de VIH sur la lutte antituberculeuse dans certaines parties de la région et parmi certains groupes de population (comme les consommateurs de drogues par injection) devra être suivi de près et des dispositions prises pour traiter ce problème. La Chine signale une prévalence élevée de tuberculose multirésistante et, selon les estimations, c'est dans ce pays que se concentrent plus de 30 % du nombre total des cas mondiaux. Actuellement, les patients atteints de tuberculose à bacilles multirésistants sont traités individuellement, en dehors du programme national antituberculeux et doivent payer pour bénéficier de ces services. Les médicaments de seconde intention sont fabriqués dans le pays et sont largement disponibles.

### Activités prioritaires pour 2006–2015

Avant tout, il faut redoubler d'efforts pour renforcer les services de laboratoire, la surveillance et la gestion centrale des programmes dans l'ensemble de la région. A cet effet, il est essentiel de développer et de pérenniser les ressources humaines et de renforcer leur capacité à mettre en œuvre les activités de lutte antituberculeuse. Une autre priorité est de parachever l'élargissement de l'approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS, en insistant particulièrement sur les hôpitaux publics et privés de la Chine et des Philippines d'ici 2010 et sur certaines zones bien définies du Cambodge et du Viet Nam d'ici 2015.

La mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus sera particulièrement importante dans plusieurs pays de la région, notamment en Chine, en Mongolie, aux Philippines et au Viet Nam. Il faudra disposer d'ici 2015 de services de bactériologie et des tests de sensibilité aux antituberculeux sous assurance qualité pour la totalité des nouveaux cas et des cas en reprise de traitement. La couverture de la population par la stratégie DOTS-Plus devra passer à plus de 50 % en 2010 et à 100 % en 2015.

Des activités concertées de lutte contre la tuberculose et contre le VIH seront expérimentées en Chine et étendues au

Cambodge et au Viet Nam. La surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux sera organisée dans l'ensemble de la région, jusqu'à obtenir une couverture régionale de 100 % d'ici 2010. Les initiatives DOTS au niveau communautaire joueront un rôle important dans la stratégie DOTS pour les zones rurales de certains pays. L'approche pratique de la santé respiratoire sera expérimentée et étendue dans certains pays d'ici 2015.

### **Estimation de l'impact et du coût**

Si les activités décrites plus haut sont mises en place avec succès, le taux de détection des nouveaux cas continuera d'augmenter pour atteindre 80 % en 2010, puis se maintiendra à ce niveau. Le taux de succès thérapeutique est déjà supérieur aux 85 % fixés comme objectif par le Partenariat. La tendance actuelle à la baisse de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose et de la mortalité qui lui est imputable devrait se poursuivre, de sorte que les objectifs 2015 du Partenariat liés aux objectifs du Millénaire pour le développement, seront largement dépassés.

Entre 2006 et 2015, environ 9 millions de personnes atteintes de tuberculose seront traitées dans le cadre des programmes DOTS et 126 000 dans le cadre des programmes DOTS-Plus. Près de 12 000 patients atteints de tuberculose et VIH-positifs bénéficieront d'un traitement antirétroviral. L'effet combiné de toutes ces interventions permettra d'éviter environ 3 millions de décès, ce qui ne serait pas le cas si aucun programme DOTS n'était appliqué, ou environ 99 000 décès, ce qui ne serait pas le cas si les efforts de lutte antituberculeuse étaient maintenus aux niveaux de 2005. Grâce à la mise en œuvre d'une lutte antituberculeuse rigoureuse, la proportion estimée des cas de reprise de traitement devrait diminuer et passer de 32 % en 2005 à 15 % en 2015.

Selon les estimations, le coût total de toutes les activités de lutte antituberculeuse prévues dans la région du Pacifique occidental représentera US\$ 4,3 milliards pour 2006–2015.

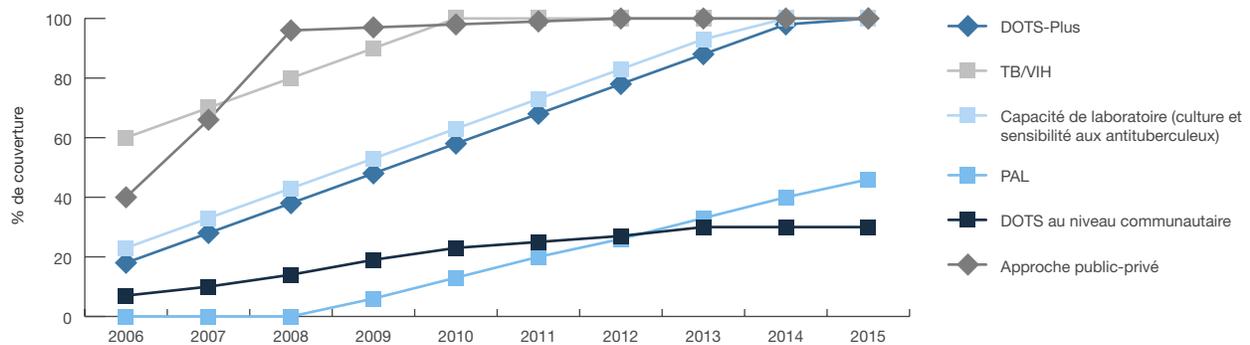
**TABLEAU 16 : COÛT DES ACTIVITÉS PRÉVUES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE, RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL, 2006–2015**

Activités prévues	Coût (US\$ millions)
Extension et qualité de la stratégie DOTS	3 434 (79%)
Stratégie DOTS-Plus	782 (18%)
Activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH	137 (3%)
<b>TOTAL</b>	<b>4 353 (100%)</b>

**GRAPHIQUES ET TABLEAU DE SYNTHÈSE CONCERNANT LA RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

**FIGURE 29 : EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015**

Région du Pacifique occidental



N.B. La couverture de la population est le pourcentage de population qui vit dans une zone où l'activité est mise en œuvre. Concernant les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH, le pourcentage se réfère à la proportion de population justiciable d'un traitement, c'est-à-dire à la population vivant dans des zones où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %. Concernant la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du pourcentage de cas détectés de tuberculose multirésistante inscrits dans les programmes DOTS-Plus.

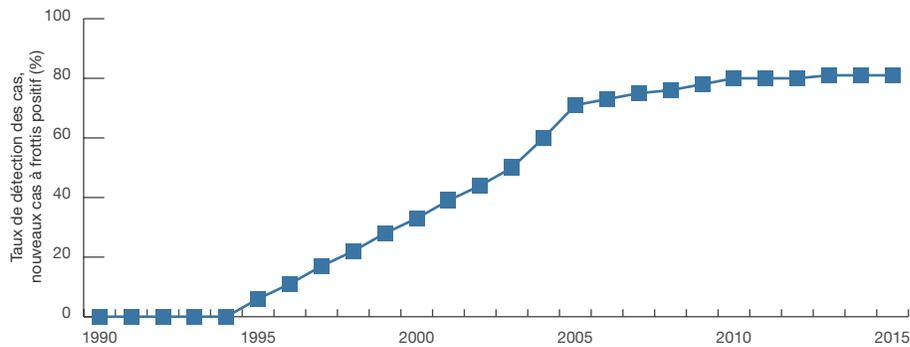
**TABLEAU 17 : ÉTAPES DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS, DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS ET DES ACTIVITÉS TB/VIH (a)**

Région du Pacifique occidental	2006 (b)	2010 (b)	2015 (b)
<b>EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS</b>			
Couverture	100%	100%	100%
Nombre total de nouveaux cas à frottis positif sous traitement DOTS (en milliers)	504 (692)	412 (514)	284 (349)
Taux de détection des nouveaux cas à frottis positif (%)	73%	80%	81%
Taux de succès thérapeutique, nouveaux cas à frottis positif (%)	87%	87%	87%
Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS (en milliers)	624 (856)	516 (641)	357 (439)
Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis négatif/extrapulmonaire sous traitement DOTS	73%	80%	81%
<b>DOTS-Plus</b>			
Nombre total de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus (en milliers)	2,1 (12)	13 (23)	20 (20)
Pourcentage de cas détectés de TB multirésistante sous traitement DOTS-Plus	17%	54%	100%
Taux de succès thérapeutique pour cas de TB multirésistante (%)	71%	73%	75%
Pourcentage de cas à culture positive qui sont des cas en reprise de traitement	30%	23%	15%
<b>TB/VIH</b>			
Nombre total de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (en milliers)	17 (25)	51 (51)	67 (67)
Pourcentage de PVVS traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la TB (c)	66%	100%	100%
Nombre total de PVVS récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide (en milliers)	3,6 (185)	15 (301)	21 (380)
Pourcentage de PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide	2%	5%	6%
Nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil (en milliers)	115 (225)	157 (185)	108 (127)
Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service dépistage du VIH/conseil	51%	85%	85%
Nombre total de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV (en milliers)	0,7 (2,4)	1,3 (3,2)	1,3 (2,9)
Pourcentage de patients tuberculeux (VIH-positifs et justiciables d'un traitement) sous traitements DOTS et ARV	31%	39%	40%

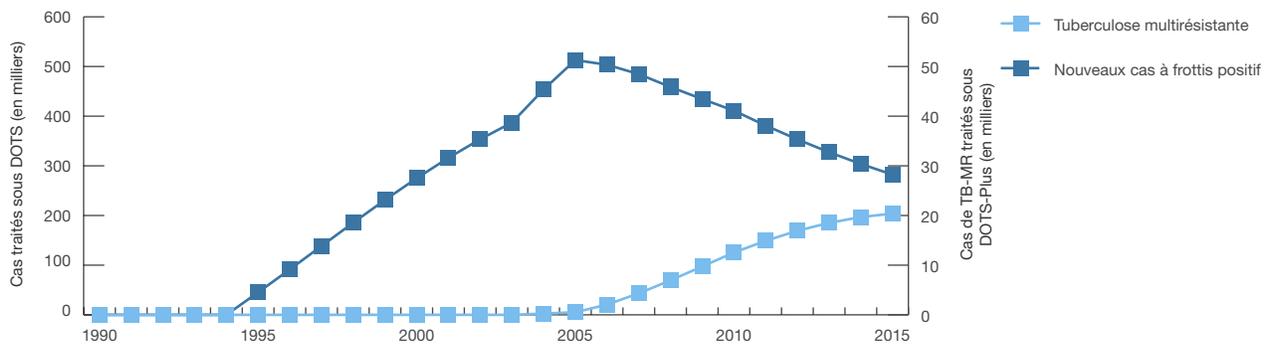
- a) Les pourcentages ne sont pas toujours le résultat exact de la division du numérateur par le dénominateur du fait des erreurs d'arrondis.
- b) Les nombres entre parenthèses indiquent le dénominateur. Pour l'extension de la stratégie DOTS, il s'agit des nouveaux cas de tuberculose. Pour la stratégie DOTS-Plus, il s'agit du nombre total de cas détectés de tuberculose multirésistante. Pour les PVVS ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, il s'agit du nombre total de PVVS fréquentant les services de soins anti-VIH. Pour les PVVS à qui on propose un traitement préventif à l'isoniazide, il s'agit du nombre total de PVVS. Pour les patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH/conseil, il s'agit du nombre total de patients tuberculeux sous traitement DOTS dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH. Pour les patients tuberculeux bénéficiant d'un traitement ARV, il s'agit du nombre total de patients positifs pour la co-infection TB/VIH dont on sait qu'ils sont justiciables d'un traitement ARV dans les zones visées par des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- c) Les services de lutte contre le VIH comprennent le dépistage et le conseil et les services de traitement et de soins.

FIGURE 30 : ESTIMATION DE L'IMPACT ET DU COÛT DE L'EXTENSION PRÉVUE DES ACTIVITÉS, 2006–2015

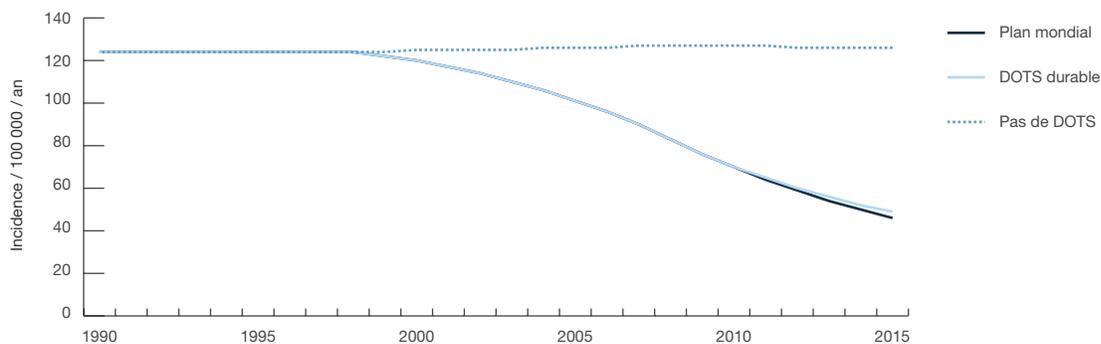
Région du Pacifique occidental : Taux de détection des cas, nouveaux cas à frottis positif



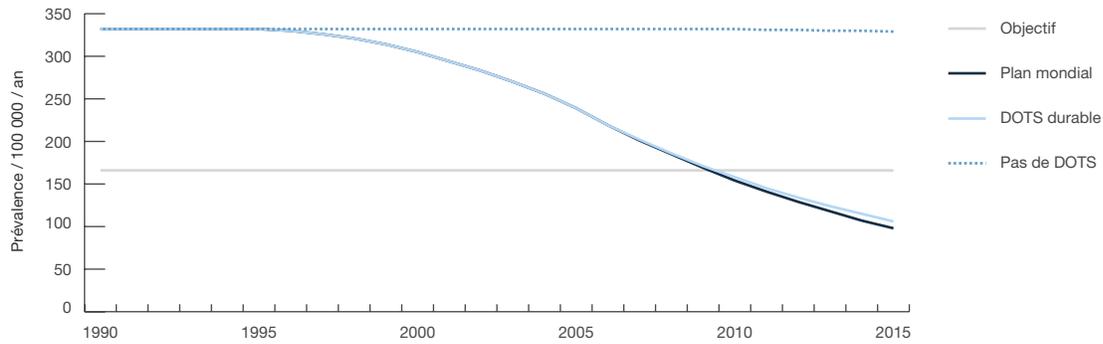
Région du Pacifique occidental : Nombre de cas traités sous DOTS/DOTS-Plus



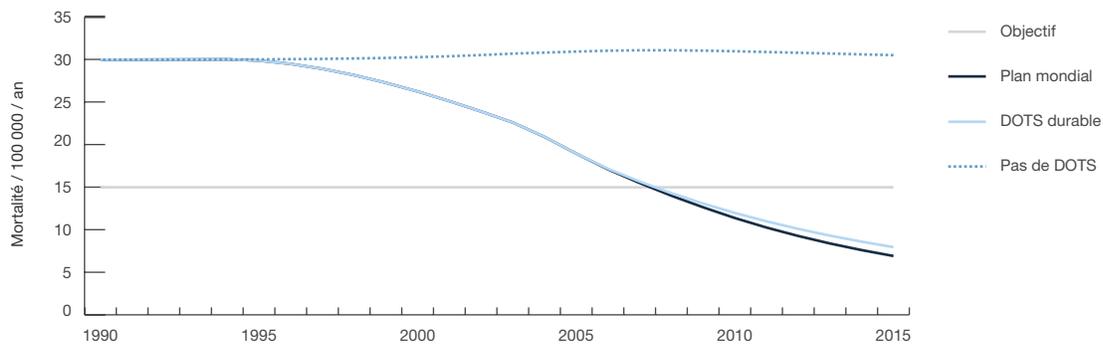
Région du Pacifique occidental : Incidence



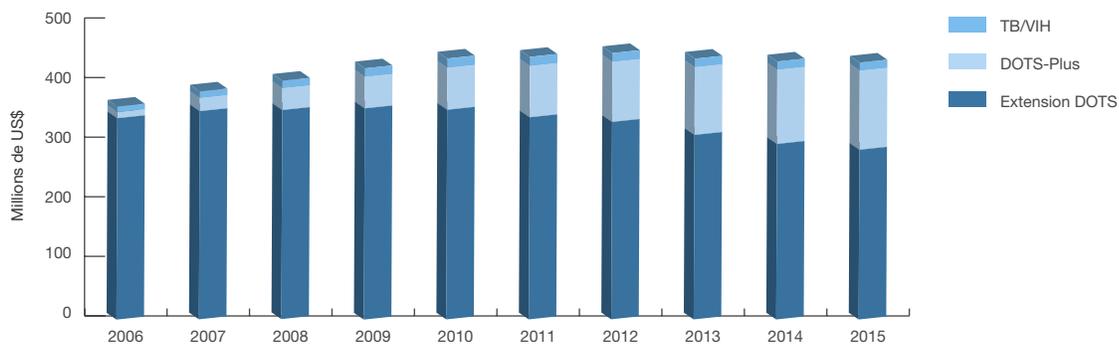
Région du Pacifique occidental : Prévalence



Région du Pacifique occidental : Mortalité



Région du Pacifique occidental : Coût total



## 8. RÉDUIRE DE MOITIÉ LES TAUX DE PRÉVALENCE ET DE MORTALITÉ EN AFRIQUE ET EN EUROPE ORIENTALE

Même s'ils laissent entrevoir la perspective de progrès substantiels, les scénarios ambitieux mais réalistes qui viennent d'être décrits ne permettront pas à l'Afrique et à l'Europe orientale d'atteindre les objectifs 2015 du Partenariat dans les délais. Il faut donc se demander quelles mesures complémentaires seraient nécessaires pour réduire de moitié la prévalence et les taux de mortalité par tuberculose dans ces deux régions d'ici 2015 (comparé aux valeurs de référence de 1990). D'autres scénarios ont été élaborés pour répondre à cette question. L'analyse des solutions possibles a permis de définir un certain nombre d'actions dont la portée, le calendrier et la faisabilité sont extrêmement variables.

Dans la plupart des régions, la baisse proportionnelle anticipée de la prévalence et des taux de mortalité est similaire (voir figure 15b, c). L'Afrique constitue toutefois une exception puisque, du fait de l'impact du VIH sur la létalité tuberculeuse, il est beaucoup plus difficile de parvenir à réduire de moitié le taux de mortalité que la prévalence. Pour illustrer les autres mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés pour 2015 en Afrique et en Europe orientale, le tableau 18 définit les interventions requises pour réduire de moitié le taux de mortalité et en évalue la faisabilité.

L'analyse qui sous-tend l'élaboration de ces scénarios complémentaires fait ressortir les graves difficultés qui existent en Europe orientale et en Afrique. Pour en venir à bout, il sera indispensable d'apporter de nombreuses améliorations aux systèmes de santé généraux, de réduire de moitié l'incidence du VIH et de rendre rapidement disponibles les nouveaux outils qui permettront d'accroître les capacités de diagnostic, de raccourcir considérablement la durée des traitements et de prévenir efficacement la tuberculose. Il est peu probable que des fonds supplémentaires importants, voire de plus grands efforts, puissent permettre de venir totalement à bout de ces difficultés. Néanmoins, tout doit être fait pour atteindre le plus rapidement possible les objectifs du Partenariat dans ces deux régions. Toutes les conditions sont donc réunies pour investir massivement.

Il ne faut pas oublier que les objectifs fixés pour 2015 sont définis avec 1990 comme année de référence. La situation épidémiologique en Europe orientale et en Afrique s'est considérablement détériorée durant les années 90, ce qui rend particulièrement difficile la réalisation des objectifs dans ces deux régions. Pourtant, même avec des taux élevés d'infection à VIH et de résistance aux médicaments, les améliorations qui peuvent être apportées pendant la période couverte par le Plan 2006–2015 en Afrique et en Europe orientale restent semblables à celles qui peuvent être réalisées dans d'autres régions. Le Plan étant axé sur ce qui se produira pendant les 10 prochaines années plutôt que sur ce qui s'est passé depuis 1990, il est important de bien cerner les progrès qui pourraient être faits dans chaque région durant cette période. En Afrique

comme en Europe orientale, la plupart des progrès nécessaires pour atteindre les objectifs fixés pour 2015 dépendront de la mise en œuvre de l'ensemble des interventions prévues dans le cadre de la stratégie mondiale Halte à la tuberculose, au cours de la prochaine décennie. A l'inverse, dans les autres régions, la plupart des progrès nécessaires pour atteindre les objectifs fixés pour 2015 ont été accomplis pendant la dernière décennie, et les nouvelles avancées consisteront essentiellement en une consolidation des acquis.

*Voir Tableau 18 : Autres mesures nécessaires pour atteindre les objectifs fixés pour 2015 en matière de réduction des décès en Afrique et en Europe orientale*

**TABLEAU 18** : AUTRES MESURES NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS FIXES POUR 2015 EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES DÉCÈS EN AFRIQUE ET EN EUROPE ORIENTALE

Mesures (selon des scénarios complémentaires)	Evaluation de leur faisabilité
<b>AFRIQUE</b>	
Thérapies antirétrovirales disponibles beaucoup plus rapidement, comme proposé par l'OMS/l'ONUSIDA dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005».	Du fait que l'initiative «3 millions d'ici 2005» n'atteindra sans doute pas ses objectifs en 2005, il semble peu probable que les patients tuberculeux puissent accéder plus rapidement aux thérapies antirétrovirales.
Taux très élevés de détection des nouveaux cas et de succès thérapeutique entre 2006 et 2015 grâce à l'application de la stratégie DOTS : 90 % de détection des cas de tuberculose VIH-négatifs (frottis positifs et frottis négatifs confondus) et 85 % de succès thérapeutique.	Très improbable – l'infrastructure et les ressources humaines en Afrique sont insuffisantes pour que l'on atteigne ces taux de détection et de succès thérapeutique. Pourtant, la situation pourrait être différente si de meilleurs diagnostics et protocoles thérapeutiques devenaient largement disponibles (vers 2010), et si les investissements actuels permettaient des améliorations dans le domaine des infrastructures et des ressources humaines (à partir de 2010)
Thérapie préventive : 20 % des personnes co-infectées par la tuberculose multirésistante et par le VIH traitées chaque année, ce qui leur éviterait de développer une tuberculose-maladie. Ceci pourrait être obtenu grâce à un traitement à l'isoniazide, un traitement ARV ou à une association de ces deux traitements (ou avec d'autres médicaments qui restent à découvrir).	Très improbable – l'infrastructure et les ressources humaines en Afrique sont insuffisantes pour que l'on assure ces niveaux de thérapie préventive. Pourtant la situation pourrait être différente si de meilleurs diagnostics de tuberculose latente et une thérapie préventive étaient plus largement disponibles (vers 2010).
Incidence du VIH réduite de moitié en 2005 par rapport à la valeur prévue par l'ONUSIDA et maintenue à ce niveau entre 2006 et 2015.	Extrêmement improbable – l'infrastructure et les ressources humaines en Afrique sont insuffisantes pour que les mesures permettant de lutter contre la transmission du VIH assez rapidement et à une échelle suffisamment large puissent être appliquées pour obtenir un taux de régression sans précédent de l'incidence du VIH.
Vaccination à partir de 2006 pour protéger chaque année 20 % des personnes non infectées du risque de contracter la tuberculose (en supposant que le vaccin ne protège pas les personnes déjà VIH-positives).	Extrêmement improbable – le groupe de travail sur les vaccins estime que de nouveaux vaccins ne seront disponibles qu'en 2015.
<b>EUROPE ORIENTALE</b>	
Stratégie DOTS (détection de 90 % des cas et 85 % de succès thérapeutique entre 2006 et 2015).	Il est très improbable que l'on atteigne ces taux aussi vite, même si l'expérience d'une application rapide et à grande échelle de la stratégie DOTS en Chine et en Inde montre que dans des pays étendus dotés d'une infrastructure sanitaire acceptable on peut avec une volonté politique ferme, un financement suffisant et une gestion financière rigoureuse, obtenir des taux élevés de détection des cas et de succès thérapeutique. Des diagnostics et des médicaments de meilleure qualité permettraient d'y parvenir.
Extension plus rapide de la stratégie DOTS-Plus : détection de 90 % des cas de tuberculose multirésistante comme dans le cadre de la stratégie DOTS ; réduction de 10 % à 5 % d'ici 2010 des cas de tuberculose multirésistante parmi les cas à culture positive, réduction de 10 % d'ici 2010 des cas de reprise de traitement par rapport aux nouveaux cas ; à compter de 2006, 70 % des cas de tuberculose multirésistante suivront un protocole DOTS-Plus : ce taux atteindra 100 % d'ici 2015 ; entre 2006 et 2015, le taux de succès thérapeutique pour les cas de tuberculose multirésistante sous traitement DOTS-Plus sera de 85 % ; la totalité des patients à frottis positif seront soumis aux tests de sensibilité aux antituberculeux entre 2006 et 2015.	Très peu probable, essentiellement faute de volonté politique, de capacité de gestion financière et d'infrastructures de laboratoire, et également compte tenu du manque d'expérience dans l'extension rapide et l'application à grande échelle des protocoles DOTS-Plus.

## 9. ÉCONOMIES DE MARCHÉ ÉTABLIES (EME) ET EUROPE CENTRALE

Dans le présent document, les économies de marché établies (EME) et l'Europe centrale sont considérées comme une seule région épidémiologique compte tenu de leurs similitudes (revenu par habitant élevé et faible taux d'incidence de la tuberculose). Étant donné que le Plan mondial est principalement axé sur les pays où l'incidence de la tuberculose est élevée et que le nombre estimatif de nouveaux cas dans cette région ne représentent que 1,7 % du total mondial de 2003, le présent profil régional ne comporte pas de projections détaillées. Un grand nombre de pays de cette région ont élaboré des plans nationaux de lutte contre la tuberculose. L'approche stratégique dans ces pays met l'accent sur des environnements précis (zones métropolitaines par exemple) et les groupes vulnérables (les immigrants entre autres) où l'incidence de la tuberculose est supérieure à la moyenne nationale. Parmi ces plans, on peut notamment citer le plan national des États-Unis d'Amérique, élaboré par le groupe de travail fédéral sur la tuberculose (Federal TB Task Force) en 2004 (qui s'appuie sur les recommandations de l'Institute of Medicine dans son rapport de l'année 2000)<sup>28</sup> et le plan national de l'Angleterre, publié en 2004.<sup>29</sup>

L'application de la chimiothérapie dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle a accéléré la baisse du nombre de cas de tuberculose notifiés, qui s'était déjà amorcée dans les pays industrialisés. Dès le milieu des années 80 cependant, plusieurs pays constataient un ralentissement de cette baisse, tandis que d'autres enregistraient une inversion de la tendance, la notification de cas augmentant pour la première fois depuis de nombreuses années. Aux États-Unis d'Amérique par exemple, après trente années de baisse constante, l'incidence de la tuberculose a régulièrement augmenté entre 1985 et 1992.<sup>30</sup> Cette inversion est due à différents facteurs, notamment la paupérisation des groupes marginalisés à l'intérieur des villes, l'immigration en provenance de pays où la prévalence de la tuberculose est élevée, l'impact du VIH et plus important encore, l'incapacité à préserver les infrastructures de santé publique (comme dans la ville de New York), la tuberculose étant considérée à tort comme un problème du passé.<sup>31</sup> Les conséquences de cet échec rappellent amèrement aux pays, qu'il est important de ne pas relâcher les efforts de lutte contre la tuberculose. La volonté de garantir l'accès universel à des services diagnostiques et thérapeutiques de qualité doit s'accompagner d'efforts particuliers pour atteindre les groupes à haut risque, en particulier les pauvres, les sans-abri et les immigrants (qu'ils soient dans la légalité ou clandestins).

De nombreux pays d'Europe, notamment le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, ont signalé un ralentissement de la baisse, voire une augmentation régulière, des cas de tuberculose.<sup>32</sup> La forte proportion de cas chez les immigrants (24 % en France, 51 % aux Pays-Bas, 54 % en Suède, 68 % en Suisse) désigne l'immigration comme la principale cause de cette évolution.<sup>33</sup> Les taux annuels parmi les populations immigrées sont souvent supérieurs à 50 pour 100 000 et peuvent même excéder 100 pour 100 000 (c'est le cas aux Pays-Bas), à l'inverse des taux relevés parmi les populations autochtones

qui sont généralement inférieurs à 15 pour 100 000. Dans de nombreux pays, la tuberculose a baissé régulièrement parmi les populations autochtones alors qu'elle a augmenté au sein des populations immigrées.

*Voir Figure 31 : Répartition des cas de tuberculose entre populations autochtones et populations immigrées de 16 pays européens*

Désormais, les immigrants représentent une partie importante des cas de tuberculose enregistrés dans les économies de marché établies, comme on peut l'observer dans de nombreux pays d'Europe.<sup>34</sup>

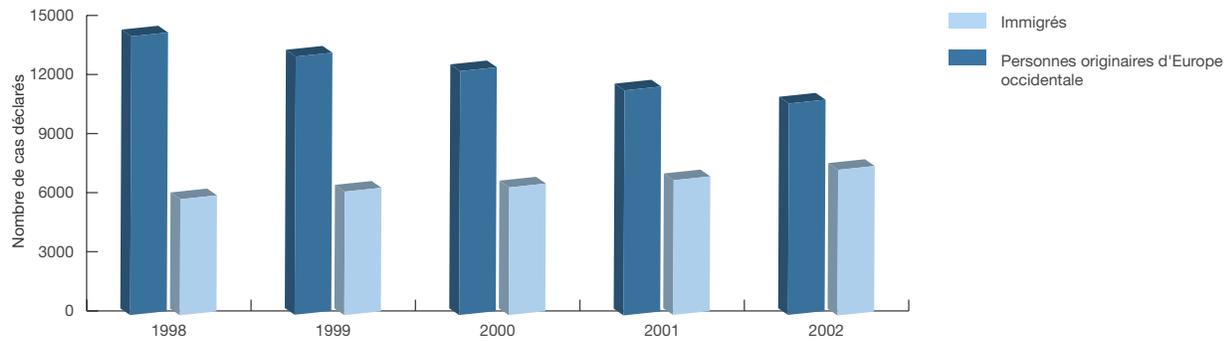
*Voir Figure 32 : Contribution des populations immigrées à la charge de la tuberculose dans les pays d'Europe en 2002*

L'impact du VIH sur les cas de tuberculose en Europe occidentale a été limité à certains pays (Portugal et Espagne par exemple) et à certaines villes (Amsterdam et Paris par exemple).<sup>35</sup> Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, la proportion des cas de SIDA chez qui on a diagnostiqué la tuberculose est faible. Le Portugal et l'Espagne<sup>36</sup> font exception à cette règle puisque le chevauchement entre les groupes infectés par le VIH et les groupes atteints de tuberculose est plus important que dans les autres pays d'Europe occidentale. L'incidence de la tuberculose au Japon est toujours élevée (40 pour 100 000 environ) mais commence à diminuer.<sup>37</sup> Dans d'autres pays industrialisés comme l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande, les taux se maintiennent depuis quelques années au-dessous de 10 pour 100 000. En Australie et au Canada, près de 70 % des patients tuberculeux sont des immigrants.

Investir dans la lutte antituberculeuse dans les EME et dans les pays d'Europe centrale suppose d'investir au niveau national mais aussi au niveau international. La forte proportion de cas parmi les populations immigrées dans la plupart des pays industrialisés montre que la lutte antituberculeuse dans ces pays est indissociable de la lutte antituberculeuse mondiale. Les pays industrialisés doivent investir dans la lutte contre la tuberculose dans les pays où l'incidence est élevée, non seulement pour contribuer à soulager les souffrances humaines et atténuer la pauvreté, mais aussi pour réduire les risques de tuberculose, notamment multirésistante,<sup>38</sup> que les immigrants importent lorsqu'ils viennent de pays où l'incidence est élevée. Investir dans la lutte antituberculeuse dans les pays où l'incidence est élevée peut avoir des retombées économiques bénéfiques en réduisant les cas de tuberculose parmi les immigrants et, partant, les coûts induits par la morbidité et la mortalité liées à la maladie. À titre d'exemple, une analyse économique a montré que si les États-Unis d'Amérique investissaient US\$ 35 millions pour combattre la tuberculose au Mexique, il en résulterait pour eux une économie nette actualisée de US\$ 108 millions pendant vingt ans, grâce à la diminution des coûts associés à la tuberculose parmi les Mexicains émigrés aux États-Unis.<sup>39</sup>

**FIGURE 31 : RÉPARTITION DES CAS DE TUBERCULOSE ENTRE POPULATIONS AUTOCHTONES ET POPULATIONS IMMIGRÉES DE 16 PAYS EUROPÉENS**

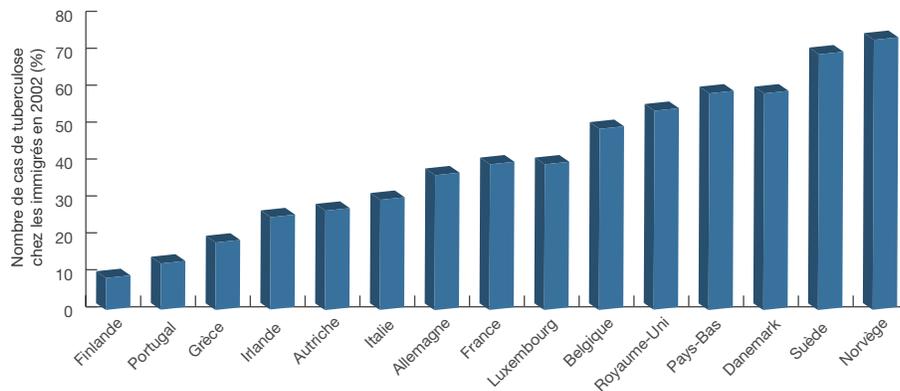
**La tuberculose recule parmi les personnes originaires d'Europe occidentale mais reste stable chez les immigrants**



Seize pays, à savoir : Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Norvège, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.

**FIGURE 32 : CONTRIBUTION DES POPULATIONS IMMIGRÉES À LA CHARGE DE LA TUBERCULOSE DANS LES PAYS D'EUROPE EN 2002.**

**Les immigrants contribuent pour une grande part, et de plus en plus, à la prévalence de la tuberculose en Europe**





## PARTIE III

# Actions du partenariat pour atteindre les objectifs

## 10. SYNTHÈSE DES PLANS STRATÉGIQUES DES GROUPES DE TRAVAIL ET DU SECRÉTARIAT POUR 2006–2015

### 10.1 Introduction

Les Groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose, en collaboration avec le secrétariat, seront chargés de prendre les mesures nécessaires pour atteindre les objectifs du Partenariat pour 2015 et jeter les bases de l'élimination de la tuberculose d'ici 2050.

Dans la Partie III du Plan mondial figurent des synthèses des plans stratégiques pour 2006–2015 pour chacun des groupes et pour le secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose. Le texte complet des plans stratégiques peut être consulté sur le site <http://www.stoptb.org/GlobalPlan>.

Les sept Groupes de travail du Partenariat ont été créés pour veiller à ce qu'une action efficace de lutte contre la tuberculose soit conduite de manière planifiée et coordonnée. Chacun des Groupes de travail est chargé d'un domaine d'activité particulier :

- extension de la stratégie DOTS ;
- stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante ;
- interaction et co-infection TB/VIH ;

- nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose ;
- nouveaux antituberculeux ;
- nouveaux vaccins antituberculeux ;
- sensibilisation, communication et mobilisation sociale.

Chaque Groupe de travail a pour mission de :

- planifier les activités dans son domaine de compétence, notamment les activités des différents partenaires, l'élaboration de politiques et le développement de la recherche, l'étude des possibilités de poursuivre certaines pistes et l'évaluation des besoins en ressources ;
- fournir une aide aux pays pour planifier, mettre en œuvre et assurer le suivi d'une action coordonnée ;
- rendre compte au Conseil de coordination du Partenariat Halte à la tuberculose et au Forum des partenaires des progrès accomplis, des obstacles rencontrés et de l'aide nécessaire ; et
- assurer la coordination avec les autres partenaires, les Groupes de travail ou les comités afin d'assurer la synergie des activités.



My name is

Heidi



# Offrir des soins à tous

La tuberculose représente une menace pour la santé partout dans le monde. La mise en œuvre intégrale du Plan permettra d'offrir des soins de qualité à tous les patients, où qu'ils vivent, quelle que soit la forme de tuberculose dont ils souffrent, sans distinction de sexe, d'âge ou de situation socio-économique.

Pour que tous les patients puissent avoir accès à des soins de qualité, le Partenariat Halte à la tuberculose fera appel à un large éventail de partenaires. Le concours de tous ceux qui ont un rôle à jouer dans la lutte antituberculeuse permet d'atteindre les communautés frappées par la maladie et ainsi de porter secours à des millions de gens.

Le but du Partenariat est d'offrir des soins de qualité à tous ceux qui en ont besoin et de les faire bénéficier des fruits de la recherche-développement.

## 10.2 Plans des groupes de travail sur la mise en œuvre

Les activités des trois Groupes de travail du Partenariat sur la mise en œuvre s'inscrivent dans le cadre de l'application de la stratégie Halte à la tuberculose. Le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS (GTED) a pour mission d'aider les pays à améliorer l'accès à un traitement DOTS de qualité, un des piliers de la stratégie Halte à la tuberculose; tout cela est déterminant pour les autres éléments de cette stratégie qui concernent la tuberculose multirésistante (Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante) et la co-infection TB/VIH (Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH). Ainsi, le plan du GTED constitue le point de départ des plans pour la stratégie DOTS-Plus et pour l'interaction et la co-infection TB/VIH, qui le complètent.

Les activités de ces trois Groupes de travail orientent l'action du Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale, dont les efforts visent à renforcer la communication stratégique et la mobilisation sociale afin d'améliorer l'efficacité de la lutte antituberculeuse dans les pays. Les plans de ces trois Groupes faciliteront par ailleurs l'application des nouveaux outils qui devraient devenir disponibles grâce à la contribution des Groupes de travail sur les nouveaux outils diagnostiques, les nouveaux antituberculeux et les nouveaux vaccins.

Pour chacun des Groupes de travail du Partenariat, la mise en œuvre au niveau des pays se fera dans le respect de la mission du Partenariat : veiller à ce que chaque patient tuberculeux ait accès à un diagnostic et un traitement efficaces, et notamment reconnaître que la prestation des services doit tenir compte des besoins des plus démunis et des personnes vulnérables. Il n'existe pas de panacée face aux problèmes que rencontrent dans le monde entier les personnes défavorisées atteintes de tuberculose pour avoir accès à des services antituberculeux de qualité. Chaque pays doit chercher à savoir qui sont les populations pauvres et vulnérables, étudier les obstacles qu'elles rencontrent pour avoir accès aux services, prendre des mesures pour aplanir ces obstacles, mobiliser les ressources nécessaires pour appuyer ces mesures et suivre les progrès réalisés pour parvenir à une équité de traitement (voir Encadré 5). De même, la mise en œuvre dans les pays devra tenir compte des résultats de l'analyse épidémiologique d'autres groupes vulnérables.

Les mesures visant à lutter contre l'infection tuberculeuse dans les lieux de soins et de rassemblement sont cruciales pour interrompre la chaîne de transmission là où les personnes (en particulier les personnes vivant avec le VIH/SIDA) risquent d'avantage de contracter la tuberculose, et notamment, dans certains cas, la tuberculose multirésistante. Parmi les mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse que préconisent les trois groupes sur la mise en œuvre figurent les recommandations concernant les lieux de soins<sup>40</sup> et les prisons.<sup>41</sup>

### 10.2.1 Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS : synthèse du plan stratégique 2006–2015

Dans son plan stratégique, le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS (GTED) définit sa contribution pour atteindre les objectifs mondiaux de la lutte antituberculeuse fixés pour 2015 par le Partenariat, eux-même liés aux objectifs du Millénaire pour le développement. Il contribuera en outre à la réalisation de l'objectif 1 du Millénaire pour le développement : réduire l'extrême pauvreté et la faim. Le plan stratégique reconnaît qu'il est capital d'atténuer la pauvreté et de favoriser le développement socio-économique pour endiguer l'épidémie de tuberculose à long terme tout en concentrant les efforts sur les moyens de mettre en place un diagnostic et un traitement de qualité pour tous, et en particuliers les plus démunis, conformément à la stratégie DOTS.

#### Perspectives stratégiques pour la lutte antituberculeuse et la stratégie DOTS dans le monde

La mise en œuvre de la stratégie DOTS pendant plus de 10 ans dans des pays présentant des caractéristiques différentes nous a amenés à deux conclusions : d'une part, la stratégie DOTS est effectivement essentielle pour endiguer la tuberculose et, d'autre part, les cinq composantes initiales sont, à elles seules, insuffisantes pour combattre cette maladie à l'échelle mondiale. La stratégie DOTS est actuellement le pivot de la stratégie Halte à la tuberculose et relaie un message clair sur sa démarche centrée à la fois sur les patients et les plus démunis. La stratégie Halte à la tuberculose traduit la mission du Partenariat qui vise à assurer à chaque patient atteint de tuberculose l'accès à un diagnostic et un traitement efficaces. Depuis la réalisation des objectifs mondiaux pour 2005 et dans la perspective de ceux qui ont été fixés pour 2015, tous les membres du Partenariat Halte à la tuberculose s'emploient à concrétiser une vision stratégique d'ensemble englobant toutes les initiatives de lutte contre la tuberculose à l'échelle mondiale, y compris les composantes stratégiques essentielles suivantes :

#### 1. Poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité grâce à :

- i) un engagement politique, accompagné d'une planification à long terme, de l'affectation des ressources humaines appropriées et d'un financement accru et durable, afin d'atteindre les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Partenariat Halte à la tuberculose ;
- ii) la détection des cas de tuberculose à l'aide d'examens bactériologiques sous assurance qualité (examens microscopiques, cultures, tests de sensibilité aux antituberculeux) et au renforcement des capacités de laboratoire pour faciliter la détection des cas de tuberculose à frottis positif, à frottis négatif, résistante et multirésistante aux antituberculeux ;
- iii) un traitement normalisé, accompagné d'une prise en charge appropriée des cas, et incluant la surveillance directe du traitement afin de réduire le risque d'apparition d'une résistance aux antituberculeux, et un soutien aux patients pour les

aider à mieux observer leur traitement et à augmenter leurs chances de guérison ;

iv) un système efficace et régulier d'approvisionnement en médicaments et à une meilleure capacité de gestion ;

v) un système fiable de surveillance, de suivi et d'évaluation des programmes, y compris d'évaluation de leurs incidences.

- 2. **S'atteler aux problèmes de la co-infection TB/VIH, de la TB-MR et aux autres difficultés existantes**, en renforçant la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, et en intensifiant la stratégie DOTS-Plus et les autres approches appropriées.
- 3. **Contribuer au renforcement des systèmes de santé**, avec la collaboration d'autres programmes sanitaires et d'autres services généraux, en mobilisant par exemple les ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre d'activités et à l'évaluation de leur impact, et en mettant en commun et en appliquant toutes les méthodes de lutte antituberculeuse ayant donné de bons résultats.
- 4. **Faire participer tous les dispensateurs de soins de santé**, qu'ils soient publics, non gouvernementaux ou privés - en particulier ceux qui s'occupent des plus démunis - en renforçant les approches fondées sur la coopération public-privé, afin d'assurer l'adhésion aux Normes internationales pour les soins antituberculeux.
- 5. **Associer les personnes atteintes de tuberculose et les communautés touchées par la maladie**, en développant des soins antituberculeux au niveau communautaire et en donnant aux patients et à la communauté l'occasion de jouer un rôle utile en favorisant la prise de conscience, en suscitant une demande de service de qualité, en surveillant le traitement et en réduisant l'ostracisme lié à la maladie.
- 6. **Faciliter et encourager la recherche** afin d'améliorer l'efficacité des programmes et de mettre au point de nouveaux médicaments et vaccins et de meilleurs outils diagnostiques.

#### Etendre le champ d'application de la stratégie DOTS

L'extension de la stratégie DOTS représente plus que la simple extension de sa couverture géographique. Elle suppose d'assurer un accès équitable à un diagnostic et à un traitement de qualité à tous les patients, hommes ou femmes quelle que soit la forme de tuberculose, la classe d'âge ou la situation socio-économique.

Cet objectif nécessitera l'extension d'un diagnostic et d'un traitement de qualité à tous les domaines du secteur de la santé ainsi qu'à d'autres secteurs, c'est-à-dire l'assurance que tous les dispensateurs de soins de santé respectent les Normes internationales pour les soins antituberculeux et que les patients et les communautés locales participent plus largement à la lutte antituberculeuse.

Le GTED aidera également les pays à utiliser plus largement les technologies nouvelles et existantes, notamment les

technologies déjà en place mais insuffisamment utilisées (culture, tests de sensibilité aux antituberculeux, traitement préventif par l'isoniazide), mais aussi les nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques qui seront disponibles à l'avenir.

### **Objectifs pour l'extension de la stratégie DOTS 2006–2015**

Le GTED et ses partenaires continueront à aider les pays à atteindre les deux objectifs principaux suivants :

#### **Objectif 1 : Atteindre et dépasser les objectifs «70/85», puis maintenir durablement les résultats.**

Pour atteindre et dépasser les objectifs de 70 % de détection de cas et de 85 % de succès thérapeutique, il est nécessaire de poursuivre les efforts pour améliorer la qualité de la stratégie DOTS, en améliorant la gestion des programmes, le suivi, et les services de laboratoire chargés de l'examen microscopique des frottis et en renforçant les ressources humaines. Toutefois, dans la plupart des pays, ces initiatives seront insuffisantes. La participation active de tous les partenaires concernés, y compris des patients et des communautés locales, est essentielle pour atteindre les malades traités hors du cadre de la stratégie DOTS et ceux qui n'ont été encore ni diagnostiqués ni traités. Les approches public-privé pour DOTS, le programme DOTS à base communautaire, la lutte contre la co-infection TB/VIH et l'approche pratique de la santé respiratoire peuvent aider à accroître le taux de détection des cas et devraient être appliqués plus largement. Pour atteindre et maintenir les résultats au-delà des objectifs «70/85», tous les partenaires doivent participer activement à la mise en œuvre de la stratégie DOTS.

#### **Objectif 2 : Assurer un accès équitable à un traitement antituberculeux de qualité pour toutes les personnes atteintes de tuberculose, en particulier les plus démunis et les exclus.**

L'extension de la stratégie DOTS commence par la réalisation des objectifs «70/85» et se termine par l'accès à des services antituberculeux de qualité pour toutes les personnes atteintes de tuberculose. L'accès à des traitements antituberculeux efficaces ne devrait être déterminé ni par la forme de la maladie, ni par les moyens financiers, ni par le statut social des personnes atteintes. L'expression «toutes les personnes atteintes de tuberculose» couvre toutes les classes d'âge, toutes les personnes atteintes de la forme extra-pulmonaire de la maladie ou d'une maladie pulmonaire à frottis négatif. Elle comprend également les cas de co-infection TB/VIH et de tuberculose multirésistante. Compte tenu de la situation socio-économique précaire de la plupart des individus atteints de tuberculose, les services de santé doivent adopter une approche favorable aux plus démunis, reposant sur l'équité, et accorder une attention particulière aux besoins des groupes les plus défavorisés.

L'amélioration de l'accès à des services de qualité suppose également l'atténuation des effets délétères de mauvaises pratiques médicales. Les stratégies clés ont pour objet de s'assurer que tous les dispensateurs de soins de santé adoptent les Normes internationales pour les soins antituberculeux, apprennent aux patients à utiliser les services disponibles de manière rationnelle et préconisent des soins de qualité.

### **Principales activités pour étendre la stratégie DOTS dans les pays**

Pour atteindre ces deux objectifs, les partenaires du GTED aideront les pays à mettre en œuvre les sept activités interdépendantes décrites ci-dessous. Des plans détaillés de mise en œuvre aux niveaux régional et du pays fondés sur le plan stratégique de ce groupe de travail sont en cours d'élaboration. La planification, les cibles et la mise en œuvre dans chaque pays requièrent une analyse particulière de la situation pour définir au niveau local les enjeux, les obstacles et les possibilités d'action.

#### **1. Couverture complète de la stratégie DOTS**

Objectif mondial : d'ici 2010, tous les services de santé publique de base dans tous les pays offriront des soins antituberculeux conformes à la stratégie DOTS.

La couverture de base de la stratégie DOTS dans les structures de santé publique sera bientôt complète dans les 22 pays durement touchés par la tuberculose. Cependant, certains pays n'offrent pas encore de traitement sous DOTS gratuit aux patients atteints de tuberculose pulmonaire à frottis négatif, ou de tuberculose extrapulmonaire, pas plus qu'aux enfants tuberculeux. En outre, tous les pays devraient faire en sorte que l'examen microscopique des frottis et autres tests à visée diagnostique soient effectués gratuitement. Enfin, le traitement préventif des enfants par l'isoniazide doit être généralisé dans les pays qui ne l'ont pas encore fait. Le travail du sous-groupe sur la tuberculose de l'enfant du GTED facilitera ce processus.

#### **2. Améliorer la qualité de la stratégie DOTS**

Objectif mondial : d'ici 2015, tous les pays assureront un diagnostic et un traitement de qualité et obtiendront un taux de succès thérapeutique d'au moins 85 %.

L'amélioration de la qualité passe par le renforcement des ressources humaines pour mener à bien les tâches associées à la stratégie DOTS, qui comprennent l'examen microscopique des frottis, la gestion des médicaments, la prise en charge des cas, la surveillance, l'enregistrement et la déclaration, et le diagnostic de laboratoire. Les plans d'amélioration de la qualité de la stratégie DOTS doivent être adaptés aux situations nationales et locales tout en tenant compte des difficultés des systèmes de santé généraux et des besoins sanitaires antagoniques. Dans la plupart des pays, il est essentiel de renforcer l'engagement politique et d'accroître le financement de la stratégie DOTS.

#### **3. Approche public-privé pour la stratégie DOTS**

Objectif mondial : d'ici 2010, tous les pays auront élaboré des recommandations visant à faire participer les dispensateurs de soins des secteurs public et privé à la stratégie DOTS, et d'ici 2015, ces recommandations seront appliquées. D'ici 2015, quelque 3,8 milliards de personnes vivront dans des zones couvertes par les approches public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS.

L'approche public-privé pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS est une approche globale qui associe tous les dispensateurs de soins et qui permet d'assurer l'application des Normes internationales pour les soins antituberculeux et

la fourniture aux patients de soins gratuits ou à un prix très abordable. Il a été démontré que ce type d'approche permettait d'augmenter les taux de détection et de guérison tout en réduisant la charge financière pour les patients démunis. Cette approche est particulièrement pertinente là où de nombreux dispensateurs de soins des secteurs public et privé n'appliquent pas encore à la stratégie DOTS. Tous les dispensateurs peuvent jouer un rôle dans la prestation de service DOTS, mais l'approche public-privé pour la stratégie DOTS met l'accent sur le maintien et le renforcement des fonctions de direction des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNLT), tels que la réglementation, le financement, le suivi, l'évaluation et la surveillance. Le sous-groupe sur l'approche public-privé du GTED continuera d'aider les pays à élaborer des politiques nationales et des directives opérationnelles afin d'élargir et d'évaluer les approches public-privé ; il encouragera également la réalisation de nouvelles recherches sur ces approches.

#### **4. La stratégie DOTS au niveau communautaire**

Objectif mondial : d'ici 2010, tous les pays d'Afrique auront étendu les initiatives DOTS communautaires. D'ici 2015, dans le monde, quelque 1,9 milliard de personnes vivront dans des zones couvertes par les initiatives DOTS communautaires.

Il est absolument nécessaire de décentraliser la prestation des services de lutte antituberculeuse au-delà des établissements de soins pour en élargir la couverture géographique et promouvoir la participation des populations au soutien des patients. Il a été démontré que la stratégie DOTS communautaire était à l'origine de taux de succès thérapeutique plus élevés, réduisant les taux d'abandon et de transfert. Une incidence sur les taux de détection, liée à une meilleure sensibilisation et à un meilleur accès aux soins, a également été signalée. En outre, la stratégie DOTS communautaire réduit le coût du traitement pour les patients, pour les PNLT et, plus largement, pour la société.

#### **5. Approche pratique de la santé respiratoire**

Objectif mondial : l'approche pratique de la santé respiratoire sera introduite dans 20 % des pays en développement d'ici 2010 et dans 50 % d'entre eux d'ici 2015. Quelque 2 milliards de personnes vivront dans des zones couvertes par les initiatives concernant l'approche pratique de la santé respiratoire.

L'approche pratique de la santé respiratoire est une stratégie de soins de santé primaires visant la prise en charge intégrée des maladies respiratoires des patients de plus de cinq ans. Son but est d'améliorer : (i) la qualité des soins offerts à chaque patient atteint d'une maladie respiratoire, et (ii) l'efficacité des soins de santé primaires dans le traitement des maladies respiratoires, en particulier la tuberculose, les infections respiratoires aiguës et les maladies respiratoires chroniques.

#### **6. Cultures, tests de sensibilité aux antituberculeux et nouveaux tests diagnostiques**

Premier objectif mondial : d'ici 2015, tous les pays auront mis en place les moyens de laboratoire nécessaires pour réaliser des cultures et des tests de sensibilité aux antituberculeux, en accord avec les politiques nationales.

Deuxième objectif mondial : à partir de 2010 seront

progressivement introduits de nouveaux outils diagnostiques qui, en 2015, devraient couvrir 50 % au moins de la population justiciable d'un traitement.

Le sous-groupe sur le renforcement des capacités de laboratoire maintiendra son aide aux pays pour rendre plus performants les laboratoires spécialisés dans la tuberculose, afin qu'ils fournissent des services diagnostiques fiables aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Etant donné que l'examen microscopique des frottis est la pierre angulaire de la stratégie DOTS et qu'elle reste la priorité en matière de détection et de lutte, il faudra privilégier l'amélioration de ces examens, notamment par une assurance qualité externe. Il est nécessaire de renforcer les services de culture de *M. tuberculosis* et ceux chargés des tests de sensibilité aux antituberculeux, en particulier dans les pays où la prévalence du VIH et de la tuberculose multirésistante est élevée. L'introduction et le développement progressif de ces services dépendront de la situation épidémiologique locale.

Le GTED et son sous-groupe sur le renforcement des capacités de laboratoire aideront les pays à introduire de nouveaux outils diagnostiques dans les activités systématiques des PNLT lorsque ces outils deviendront disponibles à partir de 2010, et remplaceront progressivement l'examen microscopique des frottis, les cultures classiques et les tests de sensibilité aux antituberculeux. Le sous-groupe soutiendra aussi la mise en place de capacités de recherche opérationnelle et de programmes de recherche hiérarchisés.

#### **7. Accorder la priorité aux besoins des personnes démunies et vulnérables**

Premier objectif mondial : d'ici 2010, tous les pays auront mis en place les moyens nécessaires pour déterminer si les besoins des plus démunis et des groupes vulnérables sont couverts par la stratégie DOTS.

Deuxième objectif mondial : d'ici 2010, tous les pays auront conçu des stratégies clés pour améliorer l'accès des personnes démunies et vulnérables à la stratégie DOTS.

Troisième objectif mondial : d'ici 2015, tous les pays auront développé la capacité requise pour démontrer et surveiller la contribution de la stratégie DOTS à l'atténuation de la pauvreté.

Le sous-groupe sur les liens entre tuberculose et pauvreté du GTED a indiqué aux administrateurs des PNLT les options envisageables pour répondre aux problèmes de la pauvreté dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie DOTS. Le sous-groupe favorisera la recherche opérationnelle pour améliorer l'accès des populations à la stratégie DOTS. A mesure que l'expérience et les données factuelles s'accumuleront, ces options seront révisées et reformulées en recommandations officielles utilisables aux différents niveaux d'intervention nationaux et internationaux.

#### **Soutien aux pays**

Pour pouvoir aider les pays à mettre en œuvre les activités évoquées plus haut, les partenaires du GTED et ses sous-groupes (sous-groupe sur la tuberculose de l'enfant, le renforcement

des capacités de laboratoire, les approches public-privé et les liens entre tuberculose et pauvreté) accorderont une attention particulière aux interventions dans les trois grands domaines suivants :

- Soutien aux pays : appui stratégique et technique aux pays et renforcement des capacités aux niveaux mondial et régional.
- Surveillance de l'extension de la stratégie DOTS et des indicateurs des OMD, qui comprennent 1) le suivi des progrès vers les objectifs définis 2) le suivi de la mise en œuvre des plans nationaux et 3) le contrôle financier y compris le suivi des flux financiers et l'estimation des sources de financement et des domaines de dépenses dans les budgets des PNL.
- Recherche opérationnelle et élaboration des politiques.

Le GTED maintiendra la priorité accordée aux pays durement touchés par la tuberculose. Actuellement, ce Groupe de travail focalise son action sur les 22 pays qui concentrent à eux tous 80 % de la charge mondiale de la morbidité tuberculeuse. La classification des pays les plus touchés pourra être modifiée dans la décennie à venir selon l'évolution de l'épidémiologie de la tuberculose et des besoins en appui technique.

### Détection des cas de tuberculose et résultat thérapeutique

Pour estimer l'impact des différentes activités sur la détection des cas et le résultat thérapeutique, on part de l'hypothèse que ces activités opèrent en synergie et sont interdépendantes. Si l'ensemble des activités proposées est mis en œuvre conformément au scénario, on peut espérer que l'objectif en matière de détection sera atteint d'ici 2010 dans toutes les régions, et qu'il atteindra 80 % ou plus dans toutes les régions d'ici 2015. Le taux de succès thérapeutique devrait atteindre 85 % ou plus dans toutes les régions d'ici 2010 au plus tard, et être maintenu au-delà de cette échéance.

### Impact sur la charge de morbidité de la tuberculose

Selon le scénario actuel, l'incidence, la prévalence et la mortalité dans l'ensemble des régions diminueront rapidement au cours des dix prochaines années grâce aux activités de lutte antituberculeuse du GTED et des Groupes de travail sur la stratégie DOTS-Plus et sur l'interaction et la co-infection TB/VIH. La cible des OMD – avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015 – devrait être atteinte dans toutes les régions.

### Principaux facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque qui pourraient empêcher la réalisation des objectifs du Groupe de travail sont les suivants :

- La dégradation des systèmes de santé : aujourd'hui de nombreux programmes de lutte antituberculeuse redoublent d'efforts pour mettre en œuvre des services de qualité dans un contexte de crise : pénurie de personnels de santé, insuffisance du financement public des soins de santé, faiblesse des pouvoirs publics, et parfois, effondrement des réseaux de santé. Le GTED a recensé un ensemble

de mécanismes grâce auxquels l'extension de la stratégie DOTS renforce les systèmes de santé et identifie comment l'amélioration des systèmes de santé instaure de meilleures conditions pour combattre la tuberculose.

- Le transfert des responsabilités du secteur public en matière de lutte antituberculeuse : le risque existe – et il faut l'envisager sérieusement – que le rôle du secteur public ne soit affaibli du fait de l'attention récente accordée à la participation du secteur privé et de la société civile. Le GTED et le Partenariat Halte à la tuberculose doivent appeler à l'augmentation des ressources en vue du renforcement du secteur public comme condition essentielle à la participation d'autres secteurs.
- La baisse de l'attention particulière accordée à la lutte antituberculeuse : au cours de l'évolution de la stratégie DOTS, le centrage sur ses composantes essentielles risque de se diluer. Pour réussir, il est fondamental de continuer à s'attacher à garantir la qualité des fonctions essentielles de la stratégie DOTS tout en recueillant les ressources supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre des nouvelles approches.
- La perte du large soutien du secteur de la santé publique si les acteurs de la lutte contre la tuberculose perdent de vue l'impact de la pauvreté sur l'épidémie de tuberculose : il est nécessaire de souligner clairement que la lutte antituberculeuse dépend, à long terme, du niveau de développement économique et que l'extension de la stratégie DOTS contribue à briser le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté, à la fois directement (en réduisant le coût des soins de santé pour les patients), et indirectement (en améliorant la productivité par la réduction de la mortalité et des incapacités).
- L'incapacité à mobiliser les ressources nationales et extérieures requises pour appliquer pleinement le plan stratégique du Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS.

*Voir Tableau 19 : Besoins budgétaires du Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS, 2006–2015 (en millions de US\$)*

**TABLEAU 19 : BESOINS BUDGÉTAIRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS, 2006-2015 (EN MILLIONS DE US\$)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOUTES LES ANNÉES	% TOTAL
<b>BESOINS DES PAYS</b>												
ENSEMBLE DES RÉGIONS	2 404	2 568	2 751	2 906	2 967	2 952	3 013	3 057	3 113	3 173	28 904	92%
AFR PRÉV. ÉLEVÉE	759	841	913	983	1 056	1 080	1 123	1 169	1 219	1 276	10 419	33%
AFR PRÉV. FAIBLE	203	224	247	268	291	303	315	325	336	347	2 859	9%
EEUR	418	442	490	520	465	460	479	497	515	525	4 809	15%
EMR	170	187	208	221	236	237	240	241	240	240	2 221	7%
LAC	143	138	145	153	151	133	132	131	129	128	1 383	4%
SEAR	359	373	383	393	402	386	380	373	367	362	3 778	12%
WPR	351	363	365	368	366	353	344	322	306	296	3 434	11%
<b>BESOINS DES ORGANISMES INTERNATIONAUX</b>												
COOPÉRATION TECHNIQUE*	219	226	232	239	246	254	261	269	277	286	2 510	8%
<b>BESOINS DE FONCTIONNEMENT DU GROUPE DE TRAVAIL</b>												
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0,04%
<b>TOTAL</b>	<b>2 624</b>	<b>2 794</b>	<b>2 985</b>	<b>3 147</b>	<b>3 214</b>	<b>3 207</b>	<b>3 276</b>	<b>3 327</b>	<b>3 392</b>	<b>3 460</b>	<b>31 426</b>	

\* Certains aspects de la coopération technique seront pris en charge conjointement au titre de l'extension de la stratégie DOTS, de la lutte contre la co-infection TB/VIH et de l'application de la stratégie DOTS-Plus. Comme il est difficile de déterminer la part du budget revenant à chacun des groupes de travail, le total figure dans le budget consacré à l'extension de la stratégie DOTS.

### 10.2.2 Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante : synthèse du plan stratégique 2006–2015

La stratégie DOTS-Plus a été lancée en 1999 pour assurer la prise en charge de la tuberculose multirésistante avec des médicaments de seconde intention dans les pays où les ressources sont limitées. Au sein du Partenariat Halte à la tuberculose, le Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante a été mis en place en 2000. Il est clair désormais que l'intervention DOTS-Plus est réalisable, peu coûteuse et efficace. Étendre la surveillance de la résistance aux antituberculeux et suivre les tendances de cette résistance dans le monde, ainsi que mettre en œuvre à plus grande échelle la stratégie DOTS-Plus au-delà de la phase pilote, pour l'intégrer dans la stratégie comme une composante de DOTS, constituent à présent les défis majeurs à relever.

#### Perspective stratégique 2006–2015

Le Groupe de travail vise à faire en sorte que la surveillance de la résistance aux antituberculeux et la prise en charge de la tuberculose multirésistante deviennent partie intégrante des composantes de la lutte antituberculeuse, en donnant aux patients accès à un diagnostic et à un traitement dans tous les services de soins de santé. Cette initiative est conforme à l'approche globale de l'action mondiale de lutte antituberculeuse énoncée dans la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose et qui concerne l'ensemble des patients, y compris ceux qui sont atteints de tuberculose multirésistante et ceux qui sont co-infectés par la tuberculose et le VIH. Il en résulte que toutes les mesures de prise en charge de la tuberculose multirésistante seront appliquées parallèlement à l'extension de la stratégie DOTS et harmonisées avec les activités des autres Groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose.

#### La menace actuelle de tuberculose multirésistante

La tuberculose multirésistante est, avec le VIH/SIDA, la principale menace pour la lutte antituberculeuse. En général, dans les pays à forte prévalence de cette forme de tuberculose, la lutte antituberculeuse a généralement laissé à désirer. Les stratégies DOTS et DOTS-Plus sont à la fois préventives et restauratrices dans le combat contre la résistance.

L'obstacle majeur au traitement de la tuberculose multirésistante est le coût élevé des médicaments de seconde intention, car leur prix est au moins 300 fois plus élevé que celui des médicaments de première intention si on les compare aux prix du Comité Feu Vert, et de 1000 à 3000 fois plus élevé en termes du prix du marché. Il faut en outre ajouter que l'intervention de laboratoires de pointe est nécessaire pour faire les cultures et effectuer les tests de sensibilité aux antituberculeux, que des effets indésirables graves sont associés à ces médicaments, et que l'on redoute l'apparition d'une résistance à ces médicaments. Ceci explique pourquoi la plupart des PNLT, à part ceux des économies de marché établies et de l'ex-Union soviétique, optent pour la prévention de la résistance au

détriment du diagnostic et du traitement de la TB-MR. Pour les raisons citées plus haut, les patients atteints de tuberculose multirésistante n'ont, dans le meilleur des cas, qu'un faible espoir de rétablissement, et la tuberculose multirésistante continue de se propager.

Simultanément, dans de nombreux pays, notamment la Chine et l'Inde qui, à elles deux représentent 35 % de l'ensemble des cas de tuberculose dans le monde, les praticiens des secteurs public et privé, indépendants des PNLT, diagnostiquent la maladie et prennent en charge les patients atteints de tuberculose multirésistante. Or, souvent, leurs pratiques ne satisfont pas à des normes acceptables. Mal utilisés, les médicaments de seconde intention pourraient entraîner l'apparition de souches résistantes à tous les antituberculeux connus. Pour lutter contre la tuberculose multirésistante, il est indispensable d'une part de mettre en œuvre la stratégie DOTS avec rigueur afin de prévenir l'apparition de nouveaux cas et, d'autre part, de prendre de nombreuses précautions lors de l'utilisation des médicaments de seconde intention, en s'assurant de pouvoir s'appuyer sur des services de laboratoire compétents pour enrayer l'apparition et la circulation de souches résistantes.

#### Priorités et objectifs

En mai 2005, dans sa résolution sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses l'Assemblée mondiale de la Santé a encouragé tous les Etats Membres à «veiller à ce que tous les malades de la tuberculose aient accès à des soins conformes à la norme universelle». Elle a également demandé au Directeur général de l'OMS «d'appliquer et de renforcer des stratégies efficaces de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante et de prise en charge des malades atteints de cette forme de maladie».

A l'heure actuelle, moins de 2 % du nombre estimatif de patients atteints de TB-MR et dont le frottis est positif sont traités conformément aux recommandations de l'OMS. Avec l'extension prévue de la stratégie DOTS-Plus, on envisage que, d'ici 2015, 56 % de ces cas seront détectés et soignés. Au cours de la décennie du Plan mondial, 23 % de ces patients seront pris en charge dans le cadre de la stratégie DOTS-Plus.

On estime qu'au cours de la période du Plan, 778 000 cas de tuberculose multirésistante recevront un traitement conforme aux recommandations de l'OMS, dont 53 % dans la région de l'Europe orientale, 19 % dans la région de l'Asie du Sud-Est, et 16 % dans la région du Pacifique occidental (Figure 33). Pour 75 % d'entre eux, soit 587 000 patients, le traitement débouchera sur une guérison. On espère qu'avec la mise en œuvre de la stratégie DOTS et de la stratégie DOTS-Plus, la proportion mondiale estimative de cas de retraitement diminuera, passant de 20 % en 2005 à 11 % en 2015. Avant tout, on espère que le nombre de cas de tuberculose multirésistante baissera, tombant, selon les estimations, de 533 000 en 2005 à 193 000 en 2015. Cette baisse résultera essentiellement de la réduction de l'incidence et de la proportion des retraitements et des effets conjugués

PARTIE III : ACTIONS DU PARTENARIAT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS

de toutes les interventions antituberculeuses. On espère qu'avec l'extension de la stratégie DOTS-Plus, 142 000 décès consécutifs à des cas de tuberculose multirésistante seront évités entre 2006 et 2015 (Tableaux 7 et 8).

*Voir Figure 33 : Nombre de patients atteints de tuberculose multirésistante à traiter annuellement dans le cadre de la stratégie DOTS-Plus, par région, 2006-2015*

Pour atteindre les buts fixés, les priorités de la décennie à venir sont définies comme suit :

- développer la surveillance de la résistance aux antituberculeux ;
- surveiller les tendances et mettre à jour régulièrement les estimations mondiales sur la tuberculose multirésistante ;
- renforcer les capacités de laboratoire pour les cultures et les tests de sensibilité aux antituberculeux sous assurance qualité ;
- appliquer à plus large échelle le traitement de la tuberculose multirésistante conformément aux recommandations de l'OMS ;
- créer un marché sain et compétitif de médicaments de seconde intention sous assurance qualité ;
- veiller à la coordination technique des activités au niveau mondial pour atteindre ces buts.

Le renforcement des systèmes de santé et des effectifs de personnel de santé en mesure d'offrir de bons services de diagnostic et de traitements à tous les patients atteints de tuberculose multirésistante sera crucial pour ces activités prioritaires.

Le mécanisme du Comité Feu Vert doit être remanié pour satisfaire à la demande croissante de médicaments de seconde intention sous assurance qualité et à la demande d'assistance technique. On pourrait par exemple décentraliser les fonctions de révision et de supervision de la mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus au niveau des régions de l'OMS. En outre, le Comité Feu Vert devrait se rapprocher du Service pharmaceutique mondial (GDF) afin de constituer

un mécanisme de «groupement» des antituberculeux fiable et expérimenté.

Les cinq objectifs du Groupe de travail pour 2015 :

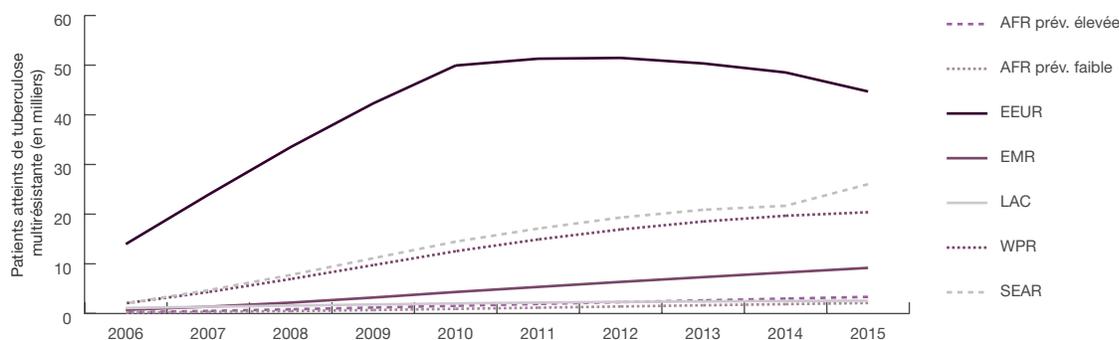
**Objectif 1** : D'ici 2015, des données représentatives et fiables devront être disponibles sur l'ampleur de la tuberculose multirésistante au niveau mondial, sur les tendances dans les pays où la prévalence de la TB-MR est élevée, et sur les liens entre la TB-MR et le VIH/SIDA.

Etapes : Les données relatives à la résistance aux antituberculeux devraient être prêtes à être publiées en 2010 pour 130 pays qui sont soit durement touchés par la tuberculose, avec une prévalence de la tuberculose multirésistante élevée, soit à forte prévalence du VIH, avec des données sur les tendances à mi-parcours comportant trois types de données ou plus. Des estimations corrigées sur la charge mondiale de morbidité de la tuberculose multirésistante feront l'objet d'une publication. En 2015, des données devraient être disponibles pour 90 % des pays, dont 70 % notifieront des données sur les tendances comportant trois types de données ou plus.

**Objectif 2** : D'ici 2015, toutes les régions seront en mesure de réaliser des tests de sensibilité aux antituberculeux pour tous les patients ayant déjà reçu un traitement. Dans la région de l'Europe orientale, tous les patients nouvellement dépistés seront soumis à ces tests. Dans les régions de l'Amérique latine, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, ces mêmes examens seront pratiqués pour 20 % de tous les patients nouvellement détectés, l'accent étant mis sur les populations les plus exposées au risque de tuberculose multirésistante.

Etapes : D'ici 2010, tous les pays qui disposent d'un laboratoire national de référence devraient procéder à des cultures et des tests de sensibilité aux antituberculeux sous assurance qualité et collaborer avec un laboratoire supranational de référence. Dans la région de l'Europe orientale, il sera nécessaire d'étendre la couverture de ces examens à 92 % de tous les nouveaux cas et des patients déjà traités. Dans toutes les autres régions, les

**FIGURE 33 : NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE À TRAITER ANNUELLEMENT DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS, PAR RÉGION, 2006-2015**



tests seront pratiqués chez environ 60 % des patients traités antérieurement. Les régions de l'Amérique latine, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental fourniront également ce service à 10 % au moins des nouveaux cas visés.

**Objectif 3 :** D'ici 2015, tous les cas de tuberculose multirésistante détectés devront être traités par des médicaments de seconde intention sous assurance qualité, conformément aux recommandations de l'OMS (d'après les estimations, 17 % des cas de tuberculose multirésistante à frottis positif en 2010 et 56 % en 2015).

**Objectif 4 :** D'ici 2015, le prix des médicaments de seconde intention aura encore baissé et d'autres médicaments de seconde intention sous assurance qualité seront fabriqués dans les pays durement touchés par la tuberculose multirésistante.

Etape : D'ici 2010, des médicaments de seconde intention sous assurance qualité seront produits dans plusieurs pays durement touchés par la tuberculose, tels que l'Afrique du Sud, la Chine, la Fédération de Russie et l'Inde.

**Objectif 5 :** Assurer une direction technique et une planification stratégique pour la prise en charge et la coordination de la surveillance et de la lutte contre la tuberculose multirésistante au niveau mondial, en étroite collaboration avec d'autres Groupes de travail du Partenariat, notamment les Groupes travaillant sur les nouveaux antituberculeux et les nouveaux outils diagnostiques.

Etapes : D'ici 2006, la structure et les fonctions du Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante et de ses sous-groupes, dont le Comité Feu Vert, seront réexaminées et adaptées, face au nouveau défi que représente l'application à plus large échelle des moyens de diagnostic et de traitement pour progresser au-delà de la phase pilote initiale de prise en charge. La surveillance de la résistance aux antituberculeux s'ajoutera aux missions du Groupe de travail. D'ici 2008, toutes les régions de l'OMS disposeront de Comités Feu Vert régionaux qui seront chargés de l'examen des demandes et s'assurent que la stratégie DOTS-Plus est régulièrement supervisée dans le cadre des missions normales de suivi des activités de lutte contre la tuberculose. D'ici 2015, toutes les régions et pays auront inclus la surveillance de la résistance aux antituberculeux et la prise en charge de la tuberculose multirésistante dans les cours de formation et ateliers qu'elles proposent régulièrement sur la tuberculose.

### Surveillance et évaluation

La situation mondiale de la tuberculose multirésistante est suivie dans le cadre du projet mondial OMS/UICTMR de surveillance de la résistance aux antituberculeux. Les résultats font l'objet d'une publication triennale. Des estimations concernant la tuberculose multirésistante ont en outre été publiées et sont mises à jour régulièrement. L'OMS et le Comité Feu Vert sont actuellement chargés du suivi de l'exécution du programme DOTS-Plus. Des données sur les antituberculeux de seconde intention utilisés dans les secteurs public et privé seront disponibles à partir de l'inventaire qui a été effectué en 2005.

Le réseau de laboratoires supranationaux de référence qui a vu le jour en même temps que le projet mondial OMS/UICTMR de surveillance de la résistance aux antituberculeux, compte vingt-trois laboratoires qui effectuent chaque année des tests de contrôle qualité. Ce réseau est également chargé, au niveau mondial, de l'assurance qualité des tests de sensibilité aux antituberculeux dans les laboratoires nationaux de référence.

Un système d'enregistrement et de déclaration DOTS-Plus a récemment été mis au point pour permettre aux administrateurs à différents niveaux des PNLT de superviser l'ensemble de l'exécution du programme DOTS-Plus. A l'avenir, certains volets de ce système figureront également dans le système d'enregistrement et de déclaration DOTS-Plus au niveau des districts.

Au fur et à mesure de l'évolution de la stratégie DOTS vers une prise en charge de tous les malades atteints de tuberculose, les déclarations relatives à la tuberculose multirésistante et les résultats des traitements devraient figurer dans le rapport annuel de l'OMS (Lutte antituberculeuse mondiale : surveillance, planification et financement).

Le suivi des progrès de la lutte contre la tuberculose multirésistante sera également mené en collaboration avec les partenaires et les personnels de l'OMS aux niveaux régional et national lors de missions techniques régulières.

Enfin, le Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante se réunira chaque année ou chaque semestre afin d'examiner les progrès accomplis au plan mondial dans la surveillance de la résistance aux antituberculeux et la lutte contre la tuberculose multirésistante, et de définir une orientation stratégique pour les activités futures. Le Groupe de travail supervisera aussi le financement et les dépenses de la coordination mondiale de l'application à plus large échelle de la stratégie DOTS-Plus au cours de la période couverte par le Plan.

### Principaux facteurs de risque

Le Groupe de travail a recensé quatre principaux facteurs de risque sur lesquels il cherchera à agir :

- La dégradation de la situation mondiale concernant la tuberculose multirésistante et le mauvais emploi persistant des antituberculeux de seconde intention.

Si les dispensateurs de soins de santé qui participent au diagnostic et au traitement de la tuberculose multirésistante (y compris les praticiens du secteur privé) ne s'attachent pas à promouvoir et à développer le protocole DOTS-Plus, il existe un risque que des souches résistantes à tous les antituberculeux connus apparaissent et commencent à circuler. Par ailleurs, on ne saurait assez souligner la gravité du risque d'impact de la co-infection VIH/TB-MR là où les ressources sont limitées. Il s'agit là d'un problème sur lequel il faut se pencher de toute urgence.

L'emploi de médicaments de piètre qualité pourrait favoriser l'émergence d'autres résistances aux antituberculeux. Les

fabricants de médicaments de seconde intention doivent être mobilisés en faveur de l'utilisation du système de présélection de l'OMS pour ces médicaments, en particulier du fait que certains pays peuvent ne pas souhaiter acheter leurs médicaments par l'intermédiaire du Comité Feu Vert (essentiellement les pays qui produisent des médicaments de seconde intention). L'OMS et ses partenaires devraient conseiller aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et aux organismes de financement de s'approvisionner en médicaments auprès des laboratoires pharmaceutiques figurant sur la liste des fabricants présélectionnés, pour être sûrs que les médicaments sont de qualité garantie.

- Absence de réseaux de laboratoires compétents pour les cultures et les tests de sensibilité aux antituberculeux.

À l'heure actuelle, l'un des obstacles majeurs à la surveillance de la résistance aux antituberculeux et à la mise en place de programmes DOTS-Plus est l'absence de laboratoires compétents pour les cultures et les tests de sensibilité aux antituberculeux. Un apport massif de ressources à la fois techniques et financières est nécessaire pour déployer les services de laboratoire dans le monde, afin de développer les tests de sensibilité aux antituberculeux et la stratégie DOTS-Plus. L'objectif prioritaire est de disposer d'un laboratoire central efficace, bien équipé et sûr, dont les services peuvent être déployés par la suite en fonction des besoins tout en maintenant un niveau satisfaisant de qualité. Dans le cadre de cette amélioration des réseaux de laboratoires, il faudrait inclure à la fois l'emploi optimal des outils existants et la mise au point et l'application de nouvelles technologies. Le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose et le sous-groupe sur le renforcement des capacités de laboratoire du GTED ont alloué des budgets à cette fin dans le cadre du Plan mondial.

- Manque de volonté politique

L'absence de politiques nationales pour la lutte contre la tuberculose multirésistante et l'absence d'une impulsion forte, indispensable pour faire participer tous les dispensateurs de soins de santé sont dangereuses pour la situation mondiale concernant la tuberculose multirésistante. Le succès de l'entreprise dépendra de l'engagement et de la stabilité politiques des pays ainsi que de la volonté des donateurs et des organismes techniques d'étendre et de renforcer les programmes DOTS-Plus.

La volonté politique est un facteur clé pour tout programme DOTS-Plus et doit se traduire par l'allocation de ressources financières et humaines. Dans les pays, des ressources financières sont nécessaires pour tous les volets de la mise en œuvre de la stratégie DOTS-Plus. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme joue aujourd'hui un rôle majeur dans le financement de la lutte contre la tuberculose multirésistante et contribue à pratiquement la moitié des projets actuellement approuvés par le Comité Feu Vert. Pour la décennie à venir, il est prioritaire, d'étoffer les équipes de personnel de santé pour lutter contre la tuberculose multirésistante. Par ailleurs, les pays

doivent formuler des plans clairs pour le développement des ressources humaines et mettre à disposition les ressources financières nécessaires.

- Absence de coordination mondiale

Sur le plan mondial, la montée en puissance de la surveillance de la résistance aux antituberculeux et de l'application de la stratégie DOTS-Plus requiert des ressources pour surveiller l'épidémie mondiale de cette forme de la maladie et les résultats du programme DOTS-Plus ainsi que pour continuer à élaborer des politiques et diffuser des recommandations. Il est également nécessaire de disposer de ressources humaines pour offrir une assistance technique aux pays concernant la planification, le suivi, l'extension et l'évaluation de la stratégie DOTS-Plus.

*Voir Tableau 20 : Réalisations escomptées et coûts de la stratégie DOTS-Plus, par région, 2006-2015*

*Voir Tableau 21 : Application à plus large échelle des tests de sensibilité aux antituberculeux et de la stratégie DOTS-Plus, par région*

Besoins budgétaires du Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante : 2006-2015

Le financement nécessaire pour la mise en place de la stratégie DOTS-Plus dans les pays pendant les dix années du Plan mondial 2006-2015 s'élève à US\$ 5,8 milliards. Plus de 60 % des fonds (US\$ 3,9 milliards) sont nécessaires pour le programme de la région de l'Europe orientale.

*Voir Tableau 22 : Besoins budgétaires du Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante, 2006-2015 (en millions de US\$)*

**TABLEAU 20** : RÉALISATIONS ESCOMPTÉES ET COÛTS DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS, PAR RÉGION, 2006–2015

	Estimation du nombre de cas de TB multirésistante à frottis positif (en milliers)	Nombre de patients traités dans le cadre de la stratégie DOTS-Plus (en milliers)	Nombre de patients traités et guéris (en milliers)	Décès évités (en milliers)	Coût par patient traité dans le cadre de la stratégie DOTS-Plus (en US\$)	Coût total (en million de US\$)
Afrique - prévalence VIH/SIDA élevée	147	18	13	3	2 273	38
Afrique - prévalence VIH/SIDA faible	58	11	8	2	1 979	20
Europe orientale	858	410	315	72	8 196	3 450
Méditerranée orientale	407	48	36	6	3 897	180
Amérique latine	72	20	15	3	5 189	103
Asie du Sud-Est	1 021	145	107	31	3 908	545
Pacifique occidental	809	126	93	25	5 197	644
<b>TOTAL</b>	<b>3 372</b>	<b>778</b>	<b>587</b>	<b>142</b>	-	<b>4 980</b>

**TABLEAU 21** : APPLICATION À PLUS LARGE ÉCHELLE DES TESTS DE SENSIBILITÉ AUX ANTITUBERCULEUX ET DE LA STRATÉGIE DOTS-PLUS, PAR RÉGION

	Couverture des nouveaux cas par le test de sensibilité aux antituberculeux (%)			Couverture des cas déjà traités par le test de sensibilité aux antituberculeux (%)			Couverture DOTS-Plus des patients atteints de TB multirésistante (%)		
	2005	2010	2015	2005	2010	2015	2005	2010	2015
Afrique - prévalence VIH/SIDA élevée	0	0	0	0	60	100	0	50	100
Afrique - prévalence VIH/SIDA faible	0	0	0	21	60	100	8	54	100
Europe orientale	83	92	100	83	92	100	5	70	100
Méditerranée orientale	0	0	0	21	60	100	17	58	100
Amérique latine	12	16	20	42	71	100	29	65	100
Asie du Sud-Est	3	12	20	18	59	100	1	43	100
Pacifique occidental	0	10	20	10	55	100	8	54	100

**TABLEAU 22 : BESOINS BUDGÉTAIRES DU GROUPE DE TRAVAIL DOTS-PLUS POUR LA TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE, 2006-2015 (EN MILLIONS DE US\$)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOUTES LES ANNÉES	% TOTAL
<b>BESOINS DES PAYS</b>												
ENSEMBLE DES RÉGIONS	142	258	383	510	634	700	752	788	811	828	5 806	100%
AFR PRÉV. ÉLEVÉE	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	45	1%
AFR PRÉV. FAIBLE	0	1	1	2	2	3	3	4	5	5	26	0,4%
EEUR	114	202	291	379	461	487	504	508	504	478	3 928	68%
EMR	3	5	9	14	19	24	30	35	41	47	226	4%
LAC	6	7	9	10	12	13	14	16	16	17	121	2%
SEAR	8	19	32	47	64	77	90	100	107	133	678	12%
WPR	11	23	38	55	73	90	105	118	130	138	782	13%
<b>BESOINS DES ORGANISMES INTERNATIONAUX</b>												
COOPÉRATION TECHNIQUE*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>BESOINS DE FONCTIONNEMENT DU GROUPE DE TRAVAIL</b>												
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0,2%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>259</b>	<b>384</b>	<b>511</b>	<b>635</b>	<b>701</b>	<b>753</b>	<b>789</b>	<b>812</b>	<b>829</b>	<b>5 817</b>	

\* Certains aspects de la coopération technique seront pris en charge conjointement au titre de l'extension de la stratégie DOTS, de la lutte contre la co-infection TB/VIH et de l'application de la stratégie DOTS-Plus. Comme il est difficile de déterminer la part du budget revenant à chacun des Groupes de travail, le total figure dans le budget consacré à l'extension de la stratégie DOTS. Total des coûts annuels compris entre US\$ 220 millions et US\$ 280 millions.

### 10.2.3 Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH : synthèse du plan stratégique 2006–2015

Avec la création, en 2000, du Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH dans le cadre du Partenariat Halte à la tuberculose, s'est engagée une plus grande concertation des activités de prévention et de prise en charge de la co-infection TB/VIH, à partir des programmes DOTS déjà en place, et de la prévention et la prise en charge complètes du VIH/SIDA.

#### Perspective stratégique 2006–2015

Le Groupe de travail a pour vision stratégique durant la période 2006–2015 de réduire la charge mondiale de la co-infection TB/VIH, moyennant une collaboration étroite entre les programmes de lutte contre la tuberculose, les programmes de lutte contre le VIH et les communautés locales grâce à des activités conjointes fondées sur des données factuelles. Le but est d'atteindre les objectifs mondiaux fixés pour 2015, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement et du Partenariat Halte à la tuberculose dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et le VIH. Il s'insère dans la nouvelle stratégie de l'OMS Halte à la tuberculose.

Le Groupe de travail a pour **mission** de formuler une politique efficace et fondée sur des données factuelles pour atténuer l'impact de la co-infection TB/VIH et encourager, suivre et évaluer la mise en œuvre mondiale et les effets de cette politique.

Le but du Groupe de travail est de comprendre puis de s'atteler à résoudre le problème de l'épidémie de co-infection TB/VIH. Pour y parvenir, le Groupe s'est fixé les priorités suivantes :

- encourager et soutenir la recherche afin de formuler une politique mondiale intégrée, fondée sur des données factuelles pour les activités concertées de lutte contre la tuberculose et contre le VIH ;
- établir une collaboration efficace entre les programmes chargés de la lutte contre la tuberculose d'une part et contre le VIH/SIDA d'autre part, et les communautés locales, et inciter tous les dispensateurs de soins de santé à mener des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH dans les pays et parmi les populations les plus touchées par la co-infection.

Les activités de lutte contre la co-infection TB/VIH ne se substituent ni aux programmes antituberculeux DOTS qui fonctionnent bien, ni aux programmes complets de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA. Leur but est de mettre à profit des programmes existants, en utilisant leurs synergies et leurs volets communs pour fournir des services de prévention, de soins et de soutien intégrés centrés sur le patient, accessibles et de qualité à l'intention des personnes à la fois atteintes de tuberculose et infectées par le VIH – deux maladies qui apparaissent souvent au sein d'une même population ou chez le même individu.

### Objectifs

Un certain nombre de lignes directrices ont été formulées concernant la collaboration<sup>42</sup> au titre des activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH. Celles-ci tirent parti des programmes DOTS de lutte contre la tuberculose et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, pour fournir des services de prévention, de soins et de soutien complets pour la tuberculose et le VIH, et de réduire ainsi l'impact de la co-infection TB/VIH. S'il est encore nécessaire d'affiner cette politique de collaboration et de combler certaines lacunes (par exemple, les services de lutte contre la co-infection TB/VIH à l'intention des consommateurs de drogues par injection), il est maintenant prioritaire de veiller au respect des normes formulées dans les lignes directrices, d'en surveiller l'application et le maintien dans le cadre global de la stratégie Halte à la tuberculose et de l'accès universel au traitement et à la prise en charge du VIH d'ici 2010, auquel le G8 a exprimé son soutien en 2005.

La mise en œuvre urgente de la politique de lutte contre la co-infection TB/VIH, dans tous les pays durement touchés par la tuberculose, est au cœur du plan stratégique 2006–2015 du Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH de même que l'élargissement des données factuelles fournies par les expériences nationales et de nouvelles recherches, lesquelles permettront d'affiner et d'adapter la politique de lutte contre les deux maladies et de répondre aux besoins des personnes à risque. Le plan examine comment surmonter les obstacles rencontrés par les services de soins généraux qui veulent adopter cette nouvelle politique et donner aux malades un accès universel aux services de lutte contre la co-infection TB/VIH. La déclaration du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, qui a proclamé la tuberculose urgente pour l'Afrique, et la gravité de l'épidémie liée à la co-infection TB/VIH sur ce continent justifient que l'on se penche de toute urgence sur le problème. Le plan reflète aussi le projet détaillé pour l'Afrique 2006–2007 ; il s'agit d'un plan d'action sur le court terme, renforcé et plus détaillé, mis au point pour favoriser l'accélération des progrès dans la Région.

Le plan stratégique du Groupe de travail définit les actions que celui-ci et ses partenaires doivent entreprendre dans la décennie à venir pour atteindre d'ici 2015 les objectifs fixés. Ces actions s'organisent autour de quatre objectifs.

#### Objectif 1 : Amplifier et élargir la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH.

1.1 Augmenter le rythme de mise en œuvre de la politique de lutte contre la tuberculose et le VIH.<sup>43</sup>

Pour que le traitement et la prise en charge du VIH soient universellement accessibles d'ici 2010 et les objectifs du Partenariat, liés aux OMD atteints d'ici 2015, il faut une action ambitieuse d'amplification de la lutte contre la tuberculose et le VIH. La lutte contre la tuberculose devra être entièrement coordonnée avec les services de soins communautaires et les soins de santé plus généraux pour le VIH. Si, dans la plupart des pays, les établissements de soins possèdent des services de soins antituberculeux, il est rare qu'ils possèdent un service où les malades ont accès à un traitement antirétroviral. Il est urgent

que les choses changent. Le Groupe de travail doit encourager l'implantation décentralisée de services de prise en charge intégrée de l'infection à VIH dans les établissements de soins. Lorsqu'il est possible de le faire, les soins concernant le VIH et la tuberculose doivent être dispensés au niveau communautaire pour être plus accessibles.

1.2 Elargir le champ de la politique mondiale actuelle pour rendre plus accessibles et socialement acceptables les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.

La politique de lutte contre la tuberculose et le VIH sera finalisée et affinée compte tenu de l'expérience des pays et des faits nouveaux. Elle sera adaptée afin de garantir, pour ces deux maladies, un éventail approprié de services accessibles et d'un coût abordable aux populations non spécifiquement visées par la politique actuelle, telles que les femmes, les enfants, les populations itinérantes ou géographiquement isolées, les personnes démunies, les consommateurs de drogues par injection et les détenus. La collaboration doit aussi être étendue à d'autres services, tels que la santé maternelle et infantile, la réduction des risques et la santé carcérale, afin de mieux répondre aux besoins des populations concernées, et d'accroître la détection des cas de tuberculose et de VIH par un dépistage et un traçage des contacts ciblés. À cet égard, il faut trouver des outils pour repérer, mesurer et atténuer l'ostracisme dont sont victimes ces populations.

1.3 S'employer immédiatement à combler les lacunes et surmonter les obstacles freinant la mise en œuvre de services de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Il est urgent de concevoir des politiques et de formuler des lignes directrices relatives au traitement antirétroviral des personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose. Il faut pouvoir disposer d'algorithmes de diagnostic pour détecter plus rapidement les cas à frottis négatifs ou les cas de tuberculose extrapulmonaire, formes les plus fréquentes lorsqu'il y a infection à VIH. Les pays doivent avoir accès à des supports génériques de formation (voir objectif 4.3 ci-dessous) et à un appui technique, le cas échéant, qui leur permettent de traduire les orientations politiques en plans concrets de mise œuvre.

1.4 Améliorer la qualité par la surveillance, le suivi et l'évaluation.

Le Groupe de travail doit prendre l'initiative et coordonner au plan mondial les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et en démontrer l'impact. Pour ce faire, il faut disposer de systèmes de suivi et d'évaluation efficaces qui fournissent des informations fiables et régulières sur les progrès accomplis et l'impact des activités de lutte contre la co-infection tuberculose et le VIH au niveau national. Ces informations doivent alimenter les cycles de planification de la lutte contre ces maladies à tous les niveaux afin que leurs résultats aboutissent à de meilleures pratiques, de meilleurs programmes et des actions de sensibilisation énergiques qui incitent à investir dans ces activités. Le suivi et l'évaluation doivent aider à déterminer si ces services sont accessibles et répondent bien aux besoins des personnes démunies, des femmes et des groupes marginalisés.

**Objectif 2 : Mener et coordonner des travaux de recherche afin d'améliorer la prévention, le diagnostic précoce et le traitement rapide de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA et intégrer les résultats dans la politique mondiale.**

2.1 Affiner constamment le calendrier des recherches prioritaires sur les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et soutenir la recherche opérationnelle sur la co-infection TB/VIH au niveau des pays.

Il est urgent de renforcer la recherche sur la co-infection TB/VIH pour disposer d'un plus grand volume de données factuelles sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge. Le Groupe de travail jouera un rôle clé dans la mise en œuvre du calendrier de recherche sur la co-infection TB/VIH au niveau mondial. Les responsables de l'élaboration des politiques en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH, les populations touchées et les chercheurs devront collaborer étroitement pour donner une orientation aux efforts de recherche et mobiliser les ressources nécessaires. Ce calendrier doit comporter trois volets : recherche fondamentale, recherche sur de nouveaux outils (en collaboration avec les Groupes de travail du Partenariat sur les nouveaux outils) et recherche opérationnelle. Il est indispensable d'étudier des moyens novateurs de coordonner les services de lutte contre la tuberculose et le VIH en créant, par exemple, des établissements «à guichet unique» pour la prise en charge des deux maladies et l'intégration des services dans les districts.

2.2 Traduire les résultats de la recherche en une politique et une pratique mondiales

L'un des rôles principaux du Groupe de travail consistera à gérer le processus de diffusion des résultats de la recherche et de leur traduction en une politique et une pratique mondiales. Il faut maintenir un cycle continu par lequel les décideurs et les utilisateurs infléchissent les priorités en matière de recherche et les chercheurs influencent les décideurs. Le Groupe de travail devra collaborer étroitement avec les Groupes de travail sur les nouveaux outils pour faciliter les essais de nouveaux médicaments, outils diagnostiques et vaccins, dès que ceux-ci seront disponibles, et s'assurer qu'ils sont rapidement utilisés.

**Objectif 3 : Renforcer l'engagement politique et la volonté d'affecter des ressources aux activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.**

3.1 Mobiliser des ressources techniques, financières et humaines.

Sur le plan national, il faut encourager les décideurs, les professionnels de la santé, les populations touchées, et en particulier les personnes vivant avec le VIH/SIDA, à prendre l'initiative de la lutte contre la co-infection TB/VIH, à définir les priorités nationales et à attribuer les ressources financières nationales disponibles, auxquelles s'ajouteront, le cas échéant, des fonds extérieurs, afin de mettre en place des soins préventifs et curatifs intégrés pour la tuberculose et le VIH. Le Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH coopèrera avec les autres Groupes de travail pour aider les pays à mobiliser des ressources supplémentaires auprès de donateurs bilatéraux et multilatéraux, d'organisations non gouvernementales et d'autres organismes de financement internationaux et philanthropiques.

Il faut encourager les donateurs à autoriser l'utilisation des financements spécifiquement destinés à la tuberculose ou au VIH pour des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH.

### 3.2 Sensibilisation et communication.

Les initiatives internationales de sensibilisation et de communication doivent viser à ce que la tuberculose et la co-infection TB/VIH occupent un rang de priorité élevé dans les programmes de santé et de développement, au même titre que le VIH/SIDA.

Les militants de base agissant pour endiguer ces deux maladies peuvent collaborer pour renforcer considérablement l'impact des différentes initiatives. Les actions de communication doivent être permanentes, ciblées et adaptées aux destinataires. Les efforts de mobilisation au sein des communautés locales doivent être conçus pour renforcer l'engagement politique dans la lutte contre la co-infection TB/VIH. Toutes ces activités doivent être mises en œuvre conjointement avec le Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale.

### **Objectif 4 : Contribuer au renforcement des systèmes de santé afin de mener des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.**

4.1 Renforcer la lutte contre la tuberculose sur la base de la stratégie DOTS et développer les activités intégrées de prévention, de traitement et d'appui en ce qui concerne le VIH/SIDA.

Les interventions diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces contre la co-infection TB/VIH sont l'application de la stratégie DOTS et la prévention du VIH car elles réduisent l'impact de la co-infection. Les groupes actifs dans la lutte contre la tuberculose ou contre le VIH doivent collaborer plus étroitement pour promouvoir les soins curatifs, préventifs et de soutien intégrés pour le VIH et la tuberculose, en militant pour cette cause au niveau local, régional et national et même au plan international. Le Département VIH/SIDA de l'OMS et l'ONUSIDA dressent actuellement des plans pour l'accès universel à la prévention, à la prise en charge et au traitement du VIH d'ici 2010 et, à cet égard, les groupes actifs dans la lutte contre la tuberculose devront être des partenaires majeurs de cet ambitieux projet.

4.2 Mettre au point une approche plurisectorielle pour les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH, assortie d'une planification et d'une gestion rigoureuses des programmes et d'un système de financement durable.

Un grand nombre de facteurs plus larges, extérieurs au secteur de la santé, influencent la situation concernant la tuberculose et le VIH et pourraient être pris en compte de manière concertée. L'approche plurisectorielle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, adoptée par l'ONUSIDA et l'UNICEF, devrait être adaptée de manière à inscrire les initiatives contre la tuberculose et la co-infection TB/VIH parmi les activités des programmes des principaux secteurs qui exercent une influence sur la santé, à savoir l'économie, l'éducation, l'emploi et la justice. Les ministères de la santé devraient collaborer avec d'autres ministères concernés (par exemple, les ministères de la défense, de la justice pour les prisons et de l'intérieur pour la police), les

réseaux nationaux d'organisations non gouvernementales et les associations professionnelles afin de les inciter à formuler des politiques et à planifier et mettre en œuvre des activités nationales en faveur de la lutte contre la tuberculose.

### 4.3 Développement des ressources humaines.

Au nombre des contraintes qui pèsent sur les systèmes de santé et limitent les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, la principale est la crise des personnels de santé. Il sera bénéfique, pour les deux programmes, de collaborer pour développer les ressources humaines. Il leur serait utile aussi d'envisager conjointement un programme de formation, coordonné avec les programmes liés à d'autres maladies, tel que celui de l'OMS sur la Prise en charge intégrée des Maladies de l'Adulte et de l'Adolescent. A brève échéance, des personnels internationaux et nationaux financés par des sources extérieures devront aider les programmes nationaux à renforcer leur action. Les principaux organismes techniques dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et contre le VIH tels que les Centers for Disease Control and Prevention (Etats-Unis d'Amérique, CDC), la Fondation Damien, le GLRA (German Leprosy Relief Association), l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires (UICMR), la ligue antituberculeuse des Pays-Bas (KNCV) et l'OMS peuvent fournir un appui technique à la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH. On sait empiriquement qu'une formation n'est véritablement utile que lorsqu'elle est accompagnée d'un encadrement ultérieur, en cours d'emploi.

4.4 Faire participer tous les dispensateurs de soins de santé aux activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Un grand nombre de dispensateurs de soins extérieurs au système classique de santé publique offrent des soins contre la tuberculose et le VIH et pourraient assurer des services de qualité conformes aux plans nationaux dans les domaines de la prévention et de la prise en charge complètes de la co-infection TB/VIH. Le sous-groupe du GTED sur les approches public-privé a été le pionnier de la participation des dispensateurs de soins ne relevant pas du système de santé publique aux activités de lutte contre la tuberculose. Il faut adapter ce modèle afin d'y inclure les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH et la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA.

4.5 Faire participer les malades atteints de tuberculose, les personnes VIH-positives et les populations touchées à la planification, à la prise en charge, au suivi et à l'évaluation des actions concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Les personnes et communautés touchées par la tuberculose et le VIH doivent être responsabilisées pour jouer un rôle central dans la planification, la prise en charge, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH. Les ressources disponibles pour appuyer leur activité militante et leur participation à la lutte contre les deux maladies doivent être recensées. Dans les zones à faible revenu, en particulier lorsque les ressources humaines sont limitées, le mouvement associatif, comme les organisations religieuses et les groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA, peuvent jouer un rôle important dans

les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, à condition d'être correctement formés et bien suivis et soutenus dans le cadre d'un partenariat avec le secteur de santé officiel. Ces mesures garantiront des soins de qualité répondant aux besoins individuels et, plus largement, à ceux de la population locale.

4.6 Renforcer les capacités de laboratoire pour les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH.

L'ensemble des capacités de laboratoire, leur infrastructure et leur qualité doivent être nettement améliorés pour aider au diagnostic et à la prise en charge de la co-infection TB/VIH, en particulier pour les cas de tuberculose à frottis négatif, de tuberculose extrapulmonaire, de tuberculose multirésistante et de tuberculose chez l'enfant. La précocité et la fiabilité du diagnostic doivent elles aussi être améliorées, tout comme doit l'être la capacité des laboratoires de poser un diagnostic et de déterminer le stade de l'infection à VIH, ainsi que de surveiller les effets et les effets secondaires chez les malades traités simultanément pour la tuberculose et pour le VIH.

### Principaux facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque qui pourraient empêcher d'atteindre les objectifs du Groupe de travail sont les suivants :

- Poursuite de la propagation épidémique du VIH. Les personnes participant à la lutte contre la tuberculose doivent militer pour que tous les efforts soient consentis en vue d'atténuer l'impact du VIH/SIDA et de développer la prévention et le traitement de l'infection à VIH en tant qu'élément essentiel de la stratégie de lutte contre la tuberculose.
- Augmentation de la pauvreté et des inégalités. Tant que le niveau de pauvreté absolue ne reculera pas, il sera difficile de réduire l'incidence de la tuberculose et de l'infection à VIH.
- Carences des systèmes de santé. L'un des principaux obstacles à la réalisation des objectifs fixés pour 2015 viendra de la capacité insuffisante des pays à faible revenu à mettre en œuvre des stratégies de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- Manque d'engagement en faveur de la collaboration pour la lutte contre la tuberculose et le VIH. Les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH et les communautés doivent définir d'un commun accord les principes et les méthodes de lutte contre les deux maladies et s'engager à les appliquer. L'engagement politique est essentiel pour l'obtention de moyens humains et financiers.
- Absence de coordination à l'échelle mondiale. Faute de financement suffisant, le Groupe de travail sera dans l'impossibilité de diriger de nouveaux travaux de recherche, d'ajuster les politiques, d'apporter une assistance technique aux pays et d'effectuer les tâches de suivi et d'évaluation.

### Suivi et évaluation

Un guide du suivi et de l'évaluation des activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH définit les indicateurs essentiels.<sup>44</sup> Les instruments de collecte de données, recommandés au niveau international pour la tuberculose et le

VIH/SIDA sont en cours d'adaptation pour permettre la saisie de données complémentaires sur les deux maladies. Les activités de lutte contre la tuberculose et VIH sont aujourd'hui intégrées dans le système mondial de notification des cas de tuberculose et devraient l'être dans le système de notification des cas de SIDA au niveau mondial. L'impact des actions de lutte contre la tuberculose et le VIH sera mesuré par rapport aux indicateurs d'impact existants, tels que la mortalité par tuberculose, l'incidence de la tuberculose et l'incidence du VIH.

*Voir Tableau 23 : Activités concertées recensées dans la politique de lutte contre la tuberculose et le VIH*

*Voir Tableau 24 : Besoins budgétaires du Groupe de travail sur l'interaction et la co-infection TB/VIH, 2006–2015 (en millions de US\$)*

**TABLEAU 23 : ACTIVITES CONCERTÉES RECENSÉES DANS LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH**

Activité	Description	Mesures qui peuvent s'avérer nécessaires
<b>ÉTABLISSEMENT DES MÉCANISMES DE COLLABORATION</b>		
Créer un organe de coordination des activités anti-TB/VIH à tous les niveaux	Organe représentatif chargé de la planification, de la coordination et de la mise en œuvre des activités de collaboration anti-TB/VIH, pour obtenir des ressources, renforcer les capacités et associer toutes les parties prenantes.	Groupe de travail national réunissant des représentants du programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), du programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), du Fonds mondial, du secteur privé, et des principaux partenaires. Une réunion trimestrielle au moins. Comité de district : peut comprendre le coordonnateur du district pour la lutte contre la tuberculose, le responsable médical du district, le responsable de la lutte contre le SIDA du district, des représentants des communautés et associations locales et les organisations non gouvernementales locales.
Surveillance de la prévalence du VIH chez les patients atteints de tuberculose	Déterminer la charge de l'infection à VIH chez les patients atteints de tuberculose pour comprendre le chevauchement entre les deux maladies et aider à une planification rationnelle des services.	Evaluation de l'épidémie due au VIH, de la situation de la tuberculose et des moyens et de l'expertise disponibles afin de définir la meilleure méthode de surveillance, par ex. : des enquêtes spéciales périodiques, des enquêtes sentinelles ou des données issues du dépistage systématique du VIH chez les patients atteints de tuberculose.
Planification conjointe TB/VIH	Mise au point de plans communs qui comprennent la mobilisation des ressources, les procédures de fonctionnement standard, le renforcement des capacités et la formation, la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale, la participation des populations locales et la recherche.	Les PNLT et les PNLS doivent élaborer et mettre en œuvre un plan conjoint pour les activités concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH ou intégrer les activités anti-TB/VIH dans les plans de leurs programmes respectifs de lutte contre la tuberculose et le VIH.
Suivi et évaluation	Adapter les dispositifs de suivi et d'évaluation pour saisir des informations sur les activités concertées anti-TB/VIH.	Réviser les formulaires et registres de notification et d'enregistrement de la tuberculose et du VIH pour pouvoir saisir les informations sur les activités concertées anti-TB/VIH. Former le personnel à la procédure de notification et d'enregistrement révisée. Analyse conjointe des résultats.
<b>RÉDUIRE LA CHARGE DE MORBIDITÉ TUBERCULEUSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA</b>		
Dépistage renforcé de la tuberculose	Dépistage régulier de la tuberculose-maladie chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans tous les centres de dépistage, d'aide et de prise en charge du VIH.	Mise en liaison du PNLS et du PNLT afin d'élaborer un protocole, de former le personnel et d'assurer l'accès aux services de diagnostic de la tuberculose des personnes qui en ont présenté les symptômes lors du dépistage.
Traitement préventif à l'isoniazide	Prévention de la tuberculose-maladie par l'administration d'un traitement de l'infection latente aux personnes vivant avec le VIH/SIDA qui n'ont pas de tuberculose-maladie.	Mise en liaison du PNLT et du PNLS pour l'élaboration d'un protocole, la formation du personnel, l'approvisionnement en médicaments, le suivi et la promotion de l'observance du traitement.
Lutte contre la tuberculose dans les centres de soins et les lieux de rassemblement	Les personnes vivant avec le VIH/SIDA présentent un risque élevé de développer une tuberculose-maladie après avoir été exposées. Tous les efforts doivent être faits pour réduire l'exposition dans les établissements où la prévalence du VIH est élevée, par ex. dispensaires, hôpitaux, prisons.	Le PNLS et le PNLT doivent établir une politique de lutte contre l'infection dans tous les lieux associés à une forte prévalence du VIH et mettre en œuvre un suivi. Il faudra pour cela faire la liaison avec d'autres secteurs, par ex. industrie, prisons.
<b>RÉDUIRE LA CHARGE DE LA MORBIDITÉ LIÉE AU VIH/SIDA CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE</b>		
Dépistage du VIH et conseil	Là où l'épidémie due au VIH est généralisée, tous les patients atteints de tuberculose devraient être encouragés à bénéficier d'une action de conseil et d'un dépistage du VIH, idéalement dans le service de lutte antituberculeuse.	Requiert un engagement politique, le PNLT doit faire la liaison avec le PNLS pour l'élaboration d'une politique et de lignes directrices, et pour la formation, l'accès aux trousseaux de dépistage, les services de conseil confidentiel dans les dispensaires, le mécanisme d'orientation-recours et le transport ou une aide au transport si le dépistage n'est pas disponible sur place.
Prévention du VIH	Des conseils et des méthodes appropriées de prévention du VIH doivent être donnés aux patients atteints de tuberculose là où la prévalence du VIH est élevée.	Le PNLT doit se mettre en liaison avec le PNLS pour mettre au point des supports d'information, d'éducation et de communication, former le personnel, fournir des préservatifs et encourager les injections sûres, les échanges de seringues et la substitution par méthadone, selon les besoins.
Traitement préventif au cotrimoxazole	Le traitement préventif au cotrimoxazole réduit la mortalité et la morbidité chez les patients tuberculeux VIH-positifs.	Requiert la formation du personnel, l'approvisionnement en médicaments, la promotion de l'observance du traitement ainsi que du matériel d'information, d'éducation et de communication.
Aide et soins aux patients touchés par le VIH/SIDA	Les patients tuberculeux VIH-positifs doivent pouvoir avoir accès à un ensemble intégré de soins, traitement et soutien pour le VIH, idéalement dans le service de lutte antituberculeuse	Coordination entre le PNLT et le PNLS pour la formation, pour assurer l'accès au traitement des infections opportunistes, aux mécanismes d'orientation-recours et au transport ou à une aide au transport si les soins et le soutien ne sont pas disponibles sur place.
Traitement antirétroviral	Le PNLT peut être un point d'entrée important pour le traitement antirétroviral du fait qu'un grand nombre de patients tuberculeux VIH-positifs sont justiciables de ce traitement.	Mise en liaison du PNLT et du PNLS pour les protocoles, la formation, l'accès aux médicaments, en s'assurant que les schémas de traitement antirétroviral et antituberculeux sont compatibles, notification et enregistrement, promotion de l'observance du traitement, supports d'information, d'éducation et de communication.

PARTIE III : ACTIONS DU PARTENARIAT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS

TABLEAU 24 : BESOINS BUDGÉTAIRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'INTERACTION ET LA CO-INFECTION TB/VIH, 2006-2015 (EN MILLIONS DE US\$)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOUTES LES ANNÉES	% TOTAL
<b>BESOINS DES PAYS</b>												
TOUTES RÉGIONS	418	470	536	615	689	742	768	795	825	858	6 716	100%
AFR PRÉV. ÉLEVÉE	304	337	380	428	471	493	512	534	559	586	4 605	68%
AFR PRÉV. FAIBLE	19	20	23	28	32	37	40	42	45	47	334	5%
EEUR	3	4	7	13	19	23	26	28	31	33	186	3%
EMR	8	9	12	14	16	24	23	23	22	22	175	3%
LAC	6	8	10	14	17	20	21	22	23	24	166	2%
SEAR	68	79	91	104	117	130	130	131	131	132	1 112	17%
WPR	9	11	13	14	16	16	15	15	14	14	137	2%
<b>BESOINS DES ORGANISMES EXTERNES</b>												
CCOOPÉRATION TECHNIQUE*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>BESOINS DE FONCTIONNEMENT DU GROUPE DE TRAVAIL</b>												
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0,2%
<b>TOTAL</b>	<b>419</b>	<b>471</b>	<b>537</b>	<b>616</b>	<b>690</b>	<b>744</b>	<b>769</b>	<b>796</b>	<b>826</b>	<b>859</b>	<b>6 727</b>	

\* Certains aspects de la coopération technique seront pris en charge conjointement au titre de la stratégie DOTS, de la lutte contre la co-infection TB/VIH et de l'application de la stratégie DOTS-Plus. Comme il est difficile de déterminer la part du budget revenant à chacun des Groupes de travail, le total figure dans le budget consacré à l'extension de la stratégie DOTS. Total des coûts annuels compris entre US\$ 220 millions et US\$ 280 millions.

## 10.3 Plans des groupes de travail sur les nouveaux outils

### Introduction

De nouveaux outils de lutte contre la tuberculose s'avèrent essentiels pour atteindre l'objectif du Partenariat - inverser la tendance de l'épidémie de tuberculose et finalement éradiquer la maladie d'ici 2050. Dans les zones où la prévalence du VIH/SIDA est élevée et où la résistance aux antituberculeux est en hausse, les médicaments et les outils diagnostiques actuels ne suffisent plus pour combattre l'épidémie de tuberculose. Par ailleurs, on ne peut pas espérer concrétiser la perspective à long terme d'une élimination de la tuberculose sans de nouveaux vaccins efficaces pour épuiser le réservoir de l'infection latente. Les trois Groupes de travail sur les nouveaux outils collaborent pour surmonter ces difficultés et fournir de meilleures technologies en matière de prévention de la tuberculose et pour accélérer le processus de diagnostic et de traitement, particulièrement en Afrique et en Europe orientale où la co-infection TB/VIH et la multirésistance rendent la lutte antituberculeuse extrêmement difficile.

### Problèmes intersectoriels

La mise au point et l'application de nouveaux outils impliquent un grand nombre de questions et de synergies intersectorielles.

Le premier intérêt commun réside dans la recherche fondamentale pour combler les lacunes scientifiques et les déficits dans la compréhension de la biologie et de la pathogenèse de *Mycobacterium tuberculosis*. Les investissements actuels dans la recherche fondamentale sur la tuberculose sont insuffisants pour soutenir la découverte. Le Partenariat Halte à la tuberculose préconise unanimement l'augmentation des investissements de façon à renforcer les connaissances fondamentales qui conduiront à des progrès majeurs dans ce domaine.

L'établissement d'un programme d'essais cliniques pour l'évaluation et la démonstration des nouveaux outils dans les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose est essentiel. De plus, les nouvelles technologies devraient être appliquées en synergie pour garantir un impact épidémiologique cumulé ainsi qu'une gestion simplifiée et plus efficace de la lutte contre la tuberculose.

La lutte contre la pauvreté est une autre question intersectorielle primordiale. Les Groupes de travail sur les nouveaux outils sont conscients de la nécessité de développer de nouvelles technologies qui soient d'un coût abordable pour les pays en développement durement touchés par la tuberculose. Des mécanismes de propriété intellectuelle innovants qui protègent le secteur de la santé publique et améliorent l'accès des patients défavorisés aux nouvelles technologies sont actuellement mis en œuvre.

### Attentes pour 2006-2015 et au-delà

Il existe aujourd'hui 15 outils diagnostiques, 27 médicaments et 12 vaccins candidats en phase de recherche-développement. D'ici 2006, les premières nouvelles méthodes de mise en

culture et les premiers nouveaux tests de sensibilité, plus rapides, seront disponibles; et d'ici 2010, de nouveaux outils diagnostiques rapides, plus sensibles que la microscopie, seront disponibles pour une utilisation clinique. Le premier médicament antituberculeux sera lancé d'ici 2010, et d'ici 2015 on sera sur le point de disposer d'un tout nouveau schéma thérapeutique composé d'entités chimiques révolutionnaires qui ramèneront le traitement à 1 ou 2 mois. A partir de 2015, on disposera de vaccins antituberculeux de nouvelle génération. De nouveaux outils diagnostiques, de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins pour lutter contre l'infection latente seront disponibles entre 2012 et 2018 et permettront de progresser vers l'élimination de la tuberculose.

### Synergie entre les Groupes de travail sur la mise en œuvre et le secrétariat

Les Groupes de travail sur les nouveaux outils sont engagés dans des discussions et une collaboration actives avec les Groupes de travail sur la mise en œuvre pour évaluer les nouvelles technologies et en faire la démonstration dans les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose et le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS collaborent déjà dans le cadre des projets de démonstration des nouvelles technologies.

Avec l'approbation par les autorités de réglementation de nouveaux outils attendue d'ici cinq ans, il sera nécessaire de disposer d'urgence d'un plan pour intégrer ces nouveaux outils dans la lutte contre la tuberculose. Dans le passé, des délais importants entre la création de nouveaux outils et leur adoption sur le terrain ont retardé l'accès des patients à de meilleures technologies de lutte contre la tuberculose. Le secrétariat du Partenariat et l'ensemble des sept Groupes de travail vont élaborer un plan concret pour :

1. obtenir une autorisation rapide des nouveaux outils pour adoption par l'OMS et les pays ;
2. mettre en place des mécanismes d'achats ; et
3. organiser la formation des professionnels de la santé et du personnel des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose qui utiliseront et administreront ces outils sur le terrain.

De nouveaux mécanismes permettront le passage rapide et sans heurt des nouveaux outils issus de la recherche-développement directement sur le terrain. De plus, des crédits seront alloués pour que les activités puissent être entreprises et les nouvelles technologies rapidement adoptées.

Le Service pharmaceutique mondial (GDF) du Partenariat prévoit d'intégrer ces nouvelles technologies et ces nouveaux outils de lutte contre la tuberculose dans l'ensemble de son offre au fur et à mesure de leur lancement. Pour cela, le service mondial devra négocier des prix préférentiels et maintenir la réputation du Partenariat et du secrétariat qui tous deux aident à mener des interventions de lutte contre la tuberculose peu onéreuses et de qualité. Entre 2008 et 2011, les mécanismes du service mondial seront prêts pour le lancement de nouveaux outils diagnostiques et de nouveaux médicaments et éventuellement

### PARTIE III : ACTIONS DU PARTENARIAT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS

---

de traitements combinés contre la co-infection TB/VIH. Parallèlement, le Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux entamera une collaboration avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), le nouveau dispositif international de financement des vaccinations et le programme élargi de vaccination (PEV) afin d'élaborer des plans et mécanismes en vue de l'introduction rapide de vaccins de nouvelle génération au fur et à mesure de leur mise à disposition (sans doute en 2013).

Le secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose encouragera et soutiendra l'élaboration de nouvelles procédures pour renforcer la collaboration entre les groupes et facilitera les progrès en vue de la réalisation de l'objectif commun de la lutte contre la tuberculose.



# Innovover

Le Plan envisage la lutte antituberculeuse selon une double approche dont l'innovation est la clé de voûte : exploiter pleinement les outils existants et mettre au point parallèlement les nouveaux instruments (outils diagnostiques, médicaments et vaccins) impérieusement nécessaires. Il prévoit des méthodes novatrices pour élargir l'accès à des soins de qualité et préconise l'innovation en matière de recherche-développement afin de mettre à disposition de nouveaux instruments ou d'améliorer ceux qui existent déjà.

Il y a peu de temps encore, la lutte antituberculeuse au niveau mondial souffrait du manque d'investissements dans des instruments novateurs. Le financement intégral du Plan transformera la situation, avec l'apparition de nouveaux outils diagnostiques, médicaments et vaccins, dont l'usage devrait se généraliser. L'élimination de la tuberculose d'ici 2050 repose sur l'utilisation de ces outils.

L'innovation est fondamentale pour progresser car elle permet d'utiliser au mieux les instruments existants et favorise la mise au point de nouveaux outils pour vaincre la tuberculose.

### 10.3.1 Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose : synthèse du plan stratégique 2006–2015

Le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose a été créé en 2001 afin de coordonner et de faciliter la mise au point d'une trousse de tests diagnostiques largement accessible permettant d'intensifier la lutte contre l'épidémie mondiale de tuberculose. Dans la prochaine décennie, le Groupe de travail prévoit de mettre à disposition un ensemble de tests diagnostiques dont le champ d'application ira du laboratoire aux consultations de terrain.

#### Perspective stratégique 2006–2015

Plus d'un siècle après sa mise au point, l'examen microscopique de frottis d'expectoration reste le seul outil de diagnostic couramment disponible pour détecter la tuberculose dans la plupart des pays en développement. Malheureusement, la sensibilité de ce test n'est que de 40 à 60 % dans les conditions du terrain et tombe parfois à 20 % en présence d'une co-infection TB/VIH. Pourtant, même ce test diagnostique peu performant est inabordable pour la majorité des personnes atteintes de tuberculose.

Là où les ressources sont limitées, le test de sensibilité aux antituberculeux, quand il est disponible, est généralement effectué après un échec thérapeutique, ce qui signifie qu'une occasion d'interrompre la transmission a été perdue. Le test de sensibilité pour tous, en revanche, est la norme dans les pays industrialisés.

Un tiers de la population mondiale est porteur d'une infection latente à *M. tuberculosis*. Le traitement préventif permet de réduire l'évolution vers la tuberculose-maladie, mais aucun moyen ne permet actuellement de prévoir quels sont les sujets présentant le plus grand risque d'évolution et qui pourraient donc bénéficier le plus de ce traitement.

Ces trois problèmes dominent l'orientation stratégique actuelle du Groupe de travail.

Le grand projet du Groupe de travail est de mettre au point et d'introduire de nouveaux outils diagnostiques adaptés, accessibles aux patients et d'un bon rapport coût-efficacité, qui contribueront à améliorer la lutte contre l'épidémie mondiale de tuberculose et la qualité des soins aux patients.

Cette trousse de tests diagnostiques idéale comprendrait des techniques utilisables avec la même efficacité sur les patients infectés par le VIH, les objectifs étant les suivants :

1. améliorer la détection de la tuberculose grâce à une sensibilité et spécificité accrues et à un meilleur accès, l'objectif ultime étant de disposer de produits simples, précis et bon marché qui livrent les résultats le jour même et puissent être utilisés au plus bas niveau du dispositif de santé ;
2. détecter la tuberculose à bacilles résistants rapidement et à moindre coût pour pouvoir administrer le traitement

en temps opportun de façon à réduire la morbidité et la transmission de la maladie ;

3. détecter avec fiabilité l'infection tuberculeuse latente et définir le risque d'évolution vers la tuberculose-maladie, ce qui permettra de recourir au traitement préventif chez les sujets pour qui ce traitement est indiqué.

*Voir les objectifs sur la page ci-après*

#### Activités

##### *Biologie exploratoire et technologie de base*

L'effet le plus important pour la santé publique dans le domaine du diagnostic de la tuberculose devrait venir d'un test hautement précis utilisable sur le terrain. Le manque de cibles appropriées constitue le principal obstacle au développement de tests sérologiques (antigène ou anticorps) appropriés. Dans les tests sérologiques existants, la sensibilité est relativement élevée uniquement chez les patients à frottis positif. Elle est nettement inférieure chez les enfants, les patients à frottis négatif ou présentant la forme extrapulmonaire de la maladie ou encore une co-infection TB/VIH, ce qui comporte peu d'avantages supplémentaires sur le frottis d'expectoration. Pendant l'année 2005, le Groupe de travail, conjointement avec le programme spécial TDR, mènera l'évaluation d'un grand nombre de tests sérologiques rapides disponibles sur le marché.

En 2005-2006, La Fondation FIND (Foundation for Innovative Diagnostics) sélectionnera un certain nombre d'autres associations antigéniques prometteuses sur la base des résultats de recherches disponibles et en fonction de l'état des connaissances et de l'avis des experts. Le Groupe de travail prévoit d'encourager et de financer des travaux de recherche complémentaires dans ce domaine en exploitant la génomique et la protéomique des bacilles de la tuberculose. On escompte que ces travaux faciliteront la mise au point de générations de tests perfectionnés sous forme de bandelettes utilisables sur le terrain et que, pendant la période 2006-2007, un test amélioré utilisable sur le terrain (pour le sang, le sérum, l'urine ou la salive) sera mis au point.

La recherche sur les marqueurs prédictifs du passage de l'infection latente à la tuberculose-maladie n'en est qu'à ses débuts. Le Groupe de travail considère que la recherche fondamentale en milieu universitaire sera nécessaire pendant encore au moins trois ans avant que l'on puisse entreprendre le développement des produits. Le marché de ces produits sera vaste et l'on peut donc supposer que les centres de recherche compétents seront suffisamment motivés pour affecter des fonds à ces travaux, démarche qui sera suivie et soutenue par le Groupe de travail.

Les tests d'amplification nucléique (TAN) sont prometteurs pour la détection fiable et rapide de *M. tuberculosis* dans les expectorations et d'autres prélèvements. Cependant, pour que le secteur de la santé publique des pays en développement puisse exploiter les retombées de ces technologies, il faut trouver des solutions hautement intégrées, d'utilisation facile et d'un coût abordable, ce qui constitue une véritable gageure.

**OBJECTIF 1 : Dégager les connaissances nouvelles qui favoriseront la mise au point de nouveaux outils diagnostiques**

CIBLES	INDICATEURS (APPLICABLES AUX TROIS CIBLES)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Détection sensible et précoce de la tuberculose-maladie. Programme de recherche scientifique exploratoire pour repérer de nouveaux marqueurs (également chez les patients infectés par le VIH) ayant une action discriminatoire accrue pour la tuberculose-maladie (antigénique, immunologique, protéomique ou autre). Validation des cibles candidates selon un schéma de criblage adéquat - par ex. : test ELISA (titrage immuno-enzymatique) à partir de prélèvements de patients issus de populations cibles. Etude et meilleure compréhension de la dynamique de la transmission et de l'évolution naturelle pour faciliter la modélisation mathématique de l'impact potentiel des nouveaux outils diagnostiques.</li> <li>Détection de l'infection tuberculeuse latente avec risque d'évolution. Programme de recherche scientifique exploratoire pour repérer de nouveaux marqueurs (également chez les patients infectés par le VIH) ayant une action discriminatoire accrue pour prédire la progression vers la tuberculose-maladie (antigénique, immunologique, protéomique ou autre). Evaluation de la valeur prédictive, pour détecter les sujets présentant un risque d'évolution, de la prochaine génération d'outils existants pour la détection de l'infection tuberculeuse latente.</li> <li>Détection rapide et simple de la résistance aux antituberculeux. Programme de recherche scientifique exploratoire pour repérer de nouveaux marqueurs de la résistance aux antituberculeux de première et de seconde intention sur des isolements obtenus en culture. Programme de recherche scientifique exploratoire pour améliorer la détection de la résistance aux antituberculeux directement, à partir de prélèvements de patients. Validation des marqueurs candidats selon un schéma de criblage adéquat à partir de prélèvements de patients issus de populations cibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'études reçues et financées par le mécanisme des « appels à candidatures ».</li> <li>Nombre d'organismes ayant annoncé des possibilités de financement dans ce domaine.</li> <li>Nombre de publications sur le sujet soumises à un examen collégial.</li> <li>Nombre de nouvelles technologies prometteuses ayant fait l'objet d'un rapport.</li> <li>Nombre de nouveaux réactifs/cibles diagnostiques repérés.</li> <li>Nombre de nouvelles technologies prometteuses repérées par cartographie.</li> <li>Nombre de demandes de matériel de référence reçues par les banques de souches et de prélèvements.</li> <li>Nombre de publications associées au recours à des banques de souches et de prélèvements.</li> <li>Nombre d'études de validation des cibles réalisées sous l'égide du Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose.</li> <li>Nombre de nouvelles cibles avec un accès au produit abordable et durable garanti contractuellement.</li> </ul>

**OBJECTIF 2 : Mettre au point et évaluer un ensemble de nouveaux outils diagnostiques et démontrer leur impact**

CIBLES	INDICATEURS (APPLICABLES AUX 3 CIBLES)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Détection sensible et précoce de la tuberculose-maladie. Conceptualisation et début de mise au point de tests rapides et simples de détection de la tuberculose dans les expectorations, le sérum, la salive ou l'urine, reposant sur des cibles améliorées. Introduction d'au moins un produit pour les laboratoires de district d'ici 2007. Introduction d'au moins un produit pour les laboratoires périphériques d'ici 2008. Introduction d'au moins un produit pour les consultations de terrain d'ici 2010.</li> <li>Détection de la tuberculose latente avec risque d'évolution. Conceptualisation et début de mise au point d'un test de dépistage du risque d'évolution de la maladie à partir d'un programme de travail approprié reposant sur les meilleurs candidats. Introduction d'au moins un produit à utiliser pour les consultations de terrain d'ici 2012.</li> <li>Détection simple et rapide de la résistance aux antituberculeux. Conceptualisation et début de mise au point de tests de détection de la résistance aux antituberculeux exigeant le même niveau ou un niveau inférieur de formation et d'infrastructure que les technologies actuelles. Introduction d'au moins un produit au premier niveau d'orientation-recours d'ici 2006 et pour le laboratoire périphérique d'ici 2008.</li> </ul> <p>Pour les trois cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusion des objectifs apparentés dans les appels de fonds pour la recherche par les principaux organismes de financement.</li> <li>Accords sur la mise au point de produits entre le secteur public et l'industrie.</li> <li>Projets d'évaluation et de démonstration coordonnés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'organismes annonçant des possibilités de financement.</li> <li>Impératifs clients et spécifications techniques.</li> <li>Nombre d'accords de développement de produits avec des partenaires industriels.</li> <li>Nombre d'évaluations techniques et de développement achevés conformément aux spécifications techniques du produit.</li> <li>Nombre de sites de démonstration et d'évaluation clinique créés et autorisés.</li> <li>Nombre de projets d'évaluation lancés.</li> <li>Nombre de projets d'évaluation achevés.</li> <li>Nombre de publications soumises à un examen collégial rendant compte des résultats de projets d'évaluation.</li> <li>Accord sur l'élaboration empirique d'études de démonstration avec des PNLT sélectionnés.</li> <li>Nombre d'études de démonstration lancées et achevées.</li> <li>Nombre de publications soumises à un examen collégial rendant compte des résultats d'études de démonstration.</li> <li>Nombre de nouvelles cibles avec un accès au produit abordable et durable garanti contractuellement.</li> </ul>

**OBJECTIF 3 : Utiliser de nouveaux outils diagnostiques et en garantir l'accès**

CIBLES	INDICATEURS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prédictions finales de l'impact de l'utilisation d'outils diagnostiques améliorés sur les taux de détection et la transmission de la tuberculose.</li> <li>Etudes opérationnelles pour démontrer l'impact épidémiologique et économique des nouveaux outils dans les pays durement touchés.</li> <li>Homologation accélérée des produits dont l'utilité est prouvée.</li> <li>Modification des politiques nationales et internationales pour refléter l'impact des nouveaux outils diagnostiques.</li> <li>Création d'une demande par la communication des résultats aux parties prenantes (PNLT, ministère de la santé, organismes techniques et de financement).</li> <li>Accès garanti aux technologies avérées grâce à leur inclusion dans le GDF ou d'autres mécanismes d'approvisionnement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation d'un modèle mathématique définissant l'impact et le rapport coût/efficacité.</li> <li>Nombre de pays utilisant des procédures rationalisées pour le diagnostic de la tuberculose.</li> <li>Nombre de mises à jour des analyses de marché.</li> <li>Nombre de nouveaux outils diagnostiques inclus dans les recommandations des organismes techniques internationaux concernant la lutte antituberculeuse.</li> <li>Nombre de nouveaux outils diagnostiques intégrés dans les recommandations concernant la politique nationale de lutte antituberculeuse.</li> <li>Nombre de PNLT qui utilisent les nouveaux outils diagnostiques au niveau du district.</li> <li>Nombre de PNLT qui utilisent les nouveaux outils diagnostiques au niveau local.</li> <li>Nombre de PNLT qui utilisent les nouveaux outils diagnostiques dans les consultations de terrain.</li> </ul>

Au cours de la période 2005–2006, la Fondation FIND évaluera la faisabilité technique de plusieurs formules de systèmes candidats afin de sélectionner des partenaires pour la mise au point d'un produit TAN hautement intégré conçu pour être utilisé au premier niveau d'orientation-recours (laboratoire de district) ou au niveau périphérique (actuellement les centres de microscopie) d'ici 2008.

#### **Mise au point de produits**

Le Groupe de travail soutiendra la mise au point de produits, directement, par des partenariats pour des produits précis et, indirectement, par l'instauration d'un cadre favorable et stimulant.

Les mesures directes comprendront un soutien logistique et financier à la mise au point d'un ensemble de produits répondant aux besoins particuliers des différents niveaux du système de santé publique des pays durement touchés (premier niveau d'orientation-recours ou laboratoire de district, laboratoire périphérique ou centre de microscopie et consultations de terrain ou poste de santé rural). Différents produits seront nécessaires pour la détection des cas, le diagnostic de la tuberculose multirésistante et de l'infection latente. Les dates que le Groupe de travail s'est fixées pour objectif sont présentées dans le calendrier pour l'introduction des produits aux différents niveaux du système de santé, à la figure 34.

*Voir Figure 34 : Calendrier pour l'introduction des tests en vue d'une adoption durable, 2006–2015*

Les mesures indirectes, qui portent notamment sur l'infrastructure nécessaire, sont les suivantes : 1) la publication en 2005 du premier rapport complet sur le marché, particulièrement axé sur les marchés de santé publique dans les pays en développement ; 2) la définition et la description détaillées des besoins des clients, besoins propres aux différents éléments du système de santé publique qui servent de base à des prescriptions techniques plus détaillées ; 3) l'extension et le maintien de la banque de souches et de prélèvements afin d'aider au développement des produits, avec des partenaires sélectionnés et dans d'autres centres présentant les conditions requises ; 4) le renforcement des laboratoires pour les essais cliniques ; 5) la mise au point d'outils de conception et de suivi des essais d'outils diagnostiques ; 6) la production d'un inventaire des sites d'essais cliniques ; 7) la collecte d'information sur les réglementations et politiques d'approvisionnement.

#### **Evaluation**

Tous les produits parrainés ou mis au point sous l'égide du Groupe de travail et de la Fondation FIND subiront une évaluation technique approfondie, facilitée par l'existence de prélèvements et de souches bien caractérisés issus des banques de souches et de prélèvements pour la tuberculose et par les études de terrain réalisées sur des sites de recherche reconnus et possédant les compétences requises, dans des pays durement touchés.

#### **Démonstration**

Les produits dont la mise au point et l'évaluation technique auront été couronnées de succès seront ensuite testés puis

caractérisés plus avant dans le cadre d'études de démonstration. Les premières études, déjà en cours, comprennent une méthode de culture rapide pour la détection des cas et la détection d'une résistance aux antituberculeux, méthode déjà largement utilisée dans les pays développés et nettement plus sensible que l'examen microscopique des frottis. Utiliser au mieux ces technologies pour améliorer la lutte antituberculeuse et les soins aux patients constitue l'axe principal des projets de démonstration en cours dans plusieurs pays africains où les taux de co-infection TB/VIH sont élevés, ainsi qu'en Europe orientale pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante. D'autres projets de démonstration seront lancés dans un avenir proche pour évaluer l'amélioration de l'examen microscopique.

#### **Problèmes de réglementation**

Ces dernières années, le Groupe de travail a entrepris une étude exhaustive de la situation en matière de réglementations des outils diagnostiques pour la tuberculose dans les pays durement touchés. Il a recensé les parties prenantes locales et étudié les futures tendances probables de la réglementation. Le Groupe de travail contribuera à harmoniser les dispositions réglementaires en réunissant une équipe de représentants de toutes les parties prenantes concernées (autorités de réglementation, fabricants et organismes de santé publique) et en aidant à mener des études garantissant une approche harmonisée.

#### **Suivi et évaluation**

La progression vers les objectifs généraux de production de nouveaux outils diagnostiques, telle qu'elle vient d'être présentée, sera évaluée par rapport aux cibles et échéances fixées lors des réunions annuelles du Groupe de travail. Le personnel de secrétariat affecté à cette tâche suivra en permanence la progression des travaux et mettra en évidence les obstacles et problèmes lors des réunions annuelles du Groupe de travail ou les communiquera aux personnes ou sous-groupes concernés.

#### **Principaux facteurs de risque**

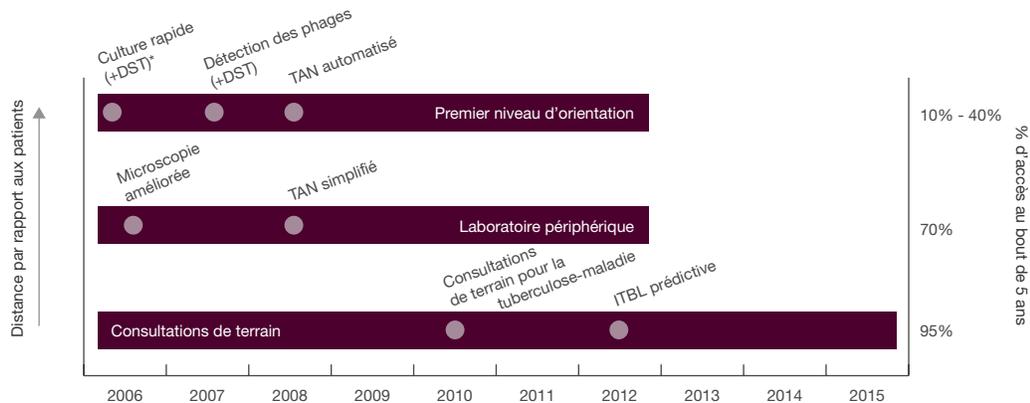
- Insuffisance des investissements financiers et retards d'investissement

Des investissements suffisants en amont sont nécessaires pour financer la recherche exploratoire et les technologies des premières phases. Les accords de développement spécifiques de produits requièrent des engagements financiers couvrant toute la phase de planification du projet (jusqu'à l'introduction du produit), faute de quoi il sera impossible d'obtenir des conditions financières intéressantes pour le marché de santé publique.

- Echecs technologiques

Les travaux sur les technologies peuvent échouer pendant la phase exploratoire ou la phase de développement ou encore pendant les études d'évaluation ou de démonstration, même si le risque d'échec diminue au fur et à mesure de la progression des projets. Pour compenser ce risque, la gamme du portefeuille de développement est rééquilibrée en fonction du risque, avec plusieurs solutions de remplacement à chaque niveau.

FIGURE 34 : CALENDRIER POUR L'INTRODUCTION DES TESTS EN VUE D'UNE ADOPTION DURABLE, 2006–2015



\* DST : test de sensibilité aux antituberculeux

- Renforcement insuffisant des capacités de laboratoire**

Bon nombre des nouvelles technologies de diagnostic requièrent des moyens et des infrastructures de laboratoire qui varieront en fonction de la technologie à mettre en œuvre. La collaboration avec le sous-groupe du GTED sur le renforcement des capacités de laboratoire permettra de renforcer suffisamment et à temps les services de laboratoire pour satisfaire aux impératifs de l'utilisation des nouveaux outils diagnostiques.
- Accès insuffisant aux nouveaux produits**

L'introduction d'outils diagnostiques améliorés, fruit d'études d'évaluation et de démonstration, ne garantit pas nécessairement un large accès et une utilisation générale. Les obstacles éventuels peuvent avoir des origines diverses : coût élevé des produits ou des infrastructures, entraves réglementaires, faibles niveaux d'achat par les distributeurs locaux ou les PNLT et manque de fiabilité des systèmes de distribution et de promotion des produits. Le Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose a élaboré un ensemble de méthodes pour surmonter ces obstacles, notamment une tarification contractuelle fixant un prix abordable pour les produits dans le cadre de partenariats de développement, des initiatives d'harmonisation des réglementations, la participation en amont des parties prenantes dans les projets de démonstration, et le recours à l'expérience du Service pharmaceutique mondial (GDF).
- Interruption de l'approvisionnement en produits**

Le Groupe de travail a l'intention d'investir substantiellement dans la recherche exploratoire, les études de développement de produits et activités annexes, effort qui devra se traduire par un approvisionnement continu et fiable en produits de qualité. Il faudra pour cela procéder à une sélection

rigoureuse des partenaires de développement et des fabricants. Pour pallier le risque de voir les partenaires et fournisseurs changer de priorité commerciale, vendre leur activité, ne pas honorer leurs engagements ou être mis en liquidation, le Groupe de travail, par le biais de la Fondation FIND, a mis sur pied une stratégie de propriété intellectuelle qui garantit l'accès au savoir-faire lié à tous les produits parrainés, par un programme de licence sans redevance qui permet le transfert du procédé de fabrication à un partenaire commercial plus pertinent, le cas échéant.

### Modélisation de l'impact prévu des outils diagnostiques innovants sur la détection de la tuberculose-maladie

Selon les prévisions, les nouveaux outils diagnostiques amélioreront la lutte contre la tuberculose par une détection plus précise des cas de tuberculose-maladie dans tous les groupes de patients, les outils étant largement accessibles sur les plans logistique, financier et technologique. Un modèle mathématique est en cours d'élaboration pour tester cette hypothèse et livrer des prévisions quant à l'impact potentiel sur l'épidémiologie de la tuberculose. Ce modèle servira à étudier les effets potentiels d'un ensemble d'outils de sensibilité variable pour la détection de frottis négatifs et positifs. Il tiendra compte de la portée prévue (ou pénétration) de chaque outil (par exemple : laboratoire de district, service de microscopie local, consultations de terrain). Il comparera également les résultats de ces outils avec ceux d'outils existants chez les patients VIH-positifs et chez les patients non infectés. On étudiera également l'interaction entre les impacts prévus et les effets épidémiologiques anticipés des mesures décrites dans les plans stratégiques des Groupes de travail sur la mise en œuvre (Groupes sur l'extension de la stratégie DOTS, sur l'interaction et la co-infection TB/VIH, et sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante).

### **Besoins budgétaires du Groupe de travail sur les nouveaux outils diagnostiques pour la tuberculose, 2006–2015**

Le financement nécessaire pour soutenir les travaux de recherche fondamentale et la mise au point, l'évaluation et la démonstration des tests proposés s'élève à US\$ 497 millions. Un montant supplémentaire de US\$ 19 millions est nécessaire pour l'infrastructure de soutien (banques de matériels de référence, formation aux essais cliniques, renforcement des laboratoires, pré-sélection des fabricants, mise à jour des analyses de marché, harmonisation des réglementations et fonctionnement des Groupes de travail).

Les besoins budgétaires s'élèvent donc au total à US\$ 516 millions. Le montant estimatif disponible réuni par l'ensemble des parties prenantes est de US\$ 80 millions, dont une partie pourrait être partagée avec l'industrie. On évalue donc le déficit de financement à US\$ 436 millions.

*Voir Tableau 25 : Coûts de la recherche-développement sur des technologies spécifiques (en millions de US\$)*

TABLEAU 25 : COÛTS DE LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT SUR DES TECHNOLOGIES SPÉCIFIQUES (EN US\$ MILLIONS)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toutes les années	% total
<b>Recherche-développement sur les outils diagnostiques en amont</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>206</b>	<b>40%</b>
Recherche exploratoire (consultations de terrain, phages et ITBL prédictive)	8,6	8,8	9,1	8,7	8,2	7,7	7,1	6,5	5,0	5,2	75	14%
Développement (y inclure éléments ci-dessus et TAN simplifié et automatisé, culture rapide et microscopie améliorée)	15	16	16	15	14	13	12	11	9	9	131	25%
<b>Essais cliniques</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>303</b>	<b>59%</b>
Formation aux essais cliniques et renforcement des laboratoires	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	3	0,7%
Banque de matériel de référence	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	3	0,7%
Pré-sélection des fabricants	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	5	0,9%
Mise à jour des analyses de marché	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,1%
Projets d'évaluation (tous les outils ci-dessus)	9,2	9,5	9,8	9,3	8,8	8,2	7,6	7,0	5,4	5,6	80	16%
Projets de démonstration (tous les outils ci-dessus)	24,2	24,9	25,7	24,4	23,1	21,6	20,0	18,3	14,1	14,6	211	41%
<b>Autorisation réglementaire et homologation</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,2%</b>
Harmonisation réglementaire	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,2%
<b>Fonctionnement du Groupe de travail</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>
Réunions, secrétariat, coordination	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	3	0,7%
Sensibilisation	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	2	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>61</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>56</b>	<b>53</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>516</b>	

### 10.3.2 Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux : synthèse du plan stratégique 2006–2015

Le Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux a été constitué en 2000 dans le but de mettre au point de nouveaux antituberculeux d'un coût abordable. En 2005, pour la première fois en 40 ans, on disposait d'un éventail coordonné de nouveaux composés prometteurs, dont certains pourraient devenir les médicaments de base pour la lutte antituberculeuse et même contribuer à l'élimination future de la tuberculose.

#### Perspective stratégique 2006–2015

Le Groupe de travail envisage l'instauration, d'ici 2015 d'un environnement qui permettra la mise au point durable de nouveaux antituberculeux pouvant être associés, à terme, pour donner des schémas thérapeutiques antituberculeux complètement innovants et révolutionnaires. Un engagement, des recherches et une vigilance constante sont nécessaires au niveau mondial pour garantir le développement régulier de nouveaux antimicrobiens afin d'éliminer la tuberculose avant la fin du XXI<sup>e</sup> siècle.

La lutte antituberculeuse est depuis longtemps entravée par la durée et la complexité du traitement (6 à 8 mois) requis avec les médicaments actuels. Elle est encore compliquée par l'interaction mortelle de la maladie avec le VIH/SIDA et l'apparition de la multirésistance aux médicaments. Le Groupe de travail se fixe pour perspective de disposer de nouveaux schémas antituberculeux débouchant sur la guérison en 1 à 2 mois au maximum, tout en étant efficaces contre la tuberculose multirésistante, compatibles avec les traitements antirétroviraux et efficaces contre l'infection tuberculeuse latente. De plus, ces nouveaux schémas devront être abordables et faciles à gérer sur le terrain. Si l'on progresse régulièrement dans la compréhension de base de la biologie de *M. tuberculosis*, il se pourrait que la durée du traitement soit réduite encore davantage, et ramenée à 10 à 12 jours avant 2050, ou que des avancées supplémentaires concernant les options thérapeutiques ou prophylactiques non encore disponibles réduisent considérablement l'incidence de la tuberculose.

Pour concrétiser cette perspective, le Groupe de travail devra se concentrer sur les domaines d'importance stratégique suivants :

- a) biologie exploratoire de base afin de trouver et de valider de nouvelles cibles ainsi que des composés candidats à l'aide de cribles efficaces et de pharmaco-chimie créative ;
- b) efforts actifs et durables de mise au point de médicaments ;
- c) planification et exécution d'essais cliniques plus efficaces, y compris identification de marqueurs biologiques améliorés et de meilleures méthodes d'évaluation de la maladie latente ;
- d) orientations avisées et claires en matière de réglementation.

### Objectifs

#### *Biologie et chimie expérimentales*

Objectif 1 : Identifier et valider les cibles pharmacologiques pour les bacilles persistants et la maladie latente.

Objectif 2 : Etablir les mécanismes d'action des médicaments dans l'éventail des antituberculeux disponibles au niveau mondial pour trouver des associations complémentaires, voire synergiques, efficaces contre *M. tuberculosis*.

L'objectif du Groupe de travail est d'identifier et de valider les cibles pharmacologiques pour les bacilles persistants et la maladie latente d'ici 2015 au plus tard. Ceci nécessitera un effort international concerté qui permettra de parvenir à une compréhension globale de la biologie de base de la persistance et la latence, pour que les nouveaux agents à l'étude puissent éliminer rapidement et effectivement les phénotypes de ces organismes.

La compréhension complète du mode d'action de tous les composés à l'étude est le deuxième objectif important pour concevoir en vue de cibles pharmacologiques précises des molécules nouvelles et renforcées, dotées d'une activité bactéricide et stérilisante maximale. Le Groupe de travail reconnaît qu'il y a une occasion unique de produire une nouvelle génération d'antituberculeux ayant un effet thérapeutique maximal, grâce à l'association rationnelle de ces composés. *M. tuberculosis* est un agent pathogène inhabituel en ce qu'il n'y a pas d'échange horizontal de la résistance aux médicaments (par exemple par le biais des plasmides). L'introduction de plusieurs médicaments nouveaux sous forme d'associations fixes permettrait donc non seulement de s'attaquer aux souches résistantes existantes, mais aussi, si la prise en charge est convenable, d'éliminer le risque de résistance à l'avenir. Plus particulièrement, la cible, d'ici 2015 est d'établir les mécanismes d'action des médicaments dans l'éventail des antituberculeux disponibles au niveau mondial pour trouver des associations complémentaires, voire synergiques, efficaces contre les mycobactéries.

Conscient du potentiel que comportent les approches multiples de la découverte de médicaments, le Groupe de travail poursuit une approche équilibrée du développement des médicaments comprenant l'identification et le criblage des nouvelles cibles, la pharmaco-chimie, la chimie combinatoire, et l'étude des produits naturels.

#### *Développement de médicaments*

Objectif 3 : Mettre au point un éventail durable de nouveaux médicaments candidats satisfaisant aux critères du profil pharmaceutique.

Objectif 4 : Mettre au point des modèles animaux susceptibles d'être utilisés pour prévoir l'activité et les effets secondaires des composés, et des marqueurs de substitution validés qui soient largement adoptés par les concepteurs d'antituberculeux.

L'objectif, d'ici 2015, est de disposer d'un éventail durable de nouveaux médicaments candidats satisfaisant aux critères du

profil pharmaceutique requis pour une durée de traitement de 1 à 2 mois. Onze composés ayant de nouveaux modes d'action antituberculeuse se trouvent actuellement en phase de mise au point clinique ou s'en approchent. Des travaux ont montré que certains de ces composés, par exemple la moxifloxacine, réduisent le temps de traitement dans les modèles animaux. La cible, d'ici 2010, est l'introduction d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle association médicamenteuse pouvant ramener la durée du traitement à 3 ou 4 mois.

Les nouvelles données *in vitro* semblent indiquer que les composés à l'étude pourraient réduire encore davantage la durée du traitement. La cible pour 2015 est l'expérimentation clinique d'un traitement rationnel par association médicamenteuse pouvant ramener la durée de traitement requise à 1 ou 2 mois ou moins encore.

La Figure 35 présente le processus de développement des médicaments, de la découverte à l'homologation, y compris le contrôle parallèle proposé pour de multiples associations médicamenteuses rationnelles.

En matière de développement de médicaments, le succès repose sur les tests cliniques et précliniques, le suivi méticuleux et la bonne gestion du portefeuille de médicaments. Si le développement d'un composé doit échouer, il est préférable que ce soit à un stade précoce. Il faut de toute urgence disposer de modèles animaux pour prévoir l'activité et les effets secondaires des composés ainsi que de marqueurs de substitution validés qui soient largement adoptés par les concepteurs d'antituberculeux.

#### Planification et exécution des essais cliniques

Objectif 5 : Etablir des sites d'essais cliniques et mettre en route et réaliser des essais cliniques satisfaisant aux exigences réglementaires et aux plus hautes normes éthiques. Mettre au point des marqueurs biologiques, des critères d'évaluation de substitution et des programmes d'essais pour accélérer les programmes de mise au point clinique.

L'objectif est la mise en route rapide et la réalisation d'essais cliniques conformément aux exigences réglementaires adéquates et aux plus hautes normes éthiques. Il faut pour cela des sites d'essais cliniques qui satisfont aux bonnes pratiques cliniques (BPC) et aux bonnes pratiques de fabrication (BPF). Un personnel formé, de bonnes infrastructures et des procédures appropriées pour le recrutement des patients, leur fidélisation et l'observance du traitement sont également nécessaires.

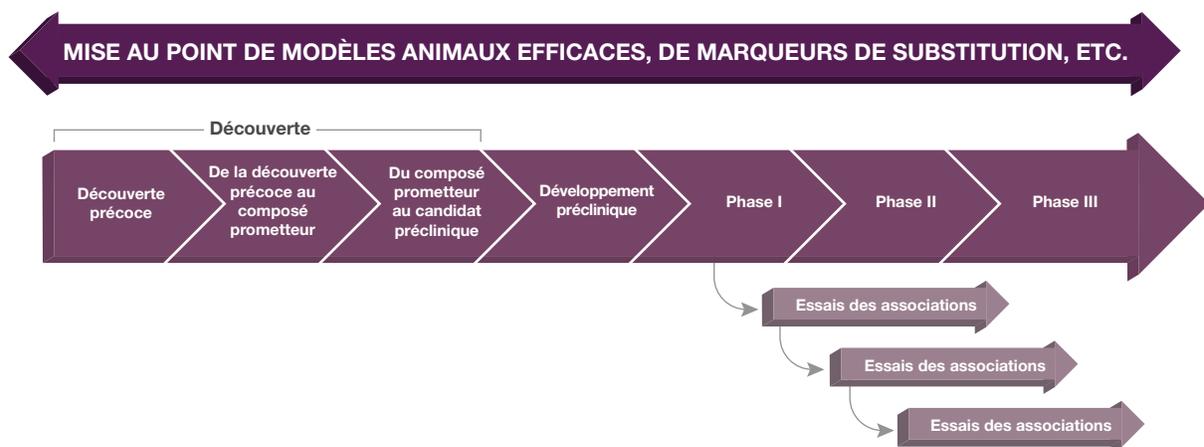
L'obtention de la preuve de la guérison en matière de tuberculose nécessite de longs essais cliniques. Des marqueurs biologiques et des critères d'évaluation de substitution doivent être mis au point dans le cadre de la stratégie de recherche appliquée afin d'accélérer les futurs programmes de mise au point clinique. Des programmes d'essais permettant une sélection de la dose plus précise et plus rapide et l'optimisation des associations médicamenteuses complémentaires sont également nécessaires.

#### Approbation réglementaire et homologation

Objectif 6 : Etablir des principes directeurs réglementaires harmonisés, notamment pour l'approbation accélérée à l'intention des concepteurs d'antituberculeux.

Il existe un hiatus de plus de 40 ans dans la mise au point des antituberculeux, et il n'y a pas de principes directeurs réglementaires propres à la tuberculose pour le développement des médicaments. De ce fait, maintenant que les composés entrent dans la phase de mise au point clinique, il est impératif que les concepteurs d'antituberculeux dans le monde puissent disposer de principes directeurs réglementaires harmonisés, notamment en ce qui concerne l'approbation accélérée. Ceci exigera, au cours de la prochaine décennie, un dialogue riche et ouvert au sein des groupes, des organismes de réglementation et des experts externes chargés de la mise au point des médicaments afin de définir et approuver des approches nouvelles pour les essais et des critères pour l'homologation des antituberculeux.

FIGURE 35 : FILIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DES ANTITUBERCULEUX



## Activités

### *Chimie et biologie exploratoires*

Coordonnées par les partenaires du Groupe de travail, de nombreuses activités exploratoires prometteuses étaient en cours en 2005 et sont susceptibles de déboucher sur plusieurs nouveaux médicaments candidats d'ici 2015. L'institut Novartis pour les maladies tropicales, l'Alliance contre la tuberculose et l'Institut National des Allergies et des Maladies infectieuses (NIAID) travaillent en collaboration sur des analogues des nitro-imidazoles. GlaxoSmithKline et l'Alliance contre la tuberculose évaluent des médicaments candidats de la famille des pleuromutilines, des inhibiteurs d'isocitrate lyase, et des inhibiteurs de l'enzyme InhA. La firme pharmaceutique AstraZeneca, les lauréats du Gates Grand Challenge, les chercheurs de l'École de médecine de l'Hôpital Saint George et des chercheurs universitaires soutenus par les Instituts nationaux de la santé des Etats-Unis d'Amérique étudient la nature du protéosome de *Mycobacterium tuberculosis* dans les cas de persistance et développent des épreuves et des stratégies permettant d'attaquer les mycobactéries à réplication lente.

Le Consortium biologie structurelle de la tuberculose (Tuberculosis Structural Biology Consortium) et différents chercheurs continuent à déchiffrer la longue séquence du génome de *M. tuberculosis* et à cristalliser des protéines de *M. tuberculosis* afin d'arriver à une meilleure connaissance des cibles potentielles et donc de concevoir des inhibiteurs. L'institut pour la recherche sur la tuberculose (Institute for Tuberculosis Research) de l'Université de l'Illinois, et l'Alliance contre la tuberculose étudient la biologie et la chimie des antibiotiques macrolides les plus récents.

Plusieurs programmes de recherche testent des produits naturels issus des plantes et des océans, appliquent des méthodes de chimie combinatoire et ciblée à des agents antituberculeux connus, synthétisent des analogues pour attaquer de nouvelles cibles (telles que la méthyltransférase et les transporteurs de lipides complexes), et passent au crible de nouvelles pharmacothèques d'antibiotiques éprouvés (quinolones, oxazolidinones, quinoléines, etc.). Les sous-traitants du NIAID pour le développement d'antituberculeux ([www.taacf.org](http://www.taacf.org)) assurent des services consistant à passer au crible de nouvelles entités chimiques de laboratoire du monde entier et à évaluer et comparer les médicaments candidats à l'aide de tests d'efficacité effectués sur des modèles animaux.

Les étapes clés de la recherche incluent des facteurs tels que le repérage de composés possédant des propriétés médicamenteuses (solubilité, pharmaco-chimie, stabilité métabolique), le développement de relations structure-activité pour une cible spécifique, la réalisation de la sélectivité pour la cible, la mise en œuvre d'évaluations de toxicité cellulaire, l'identification du mode d'action moléculaire et la démonstration d'efficacité dans un modèle animal approprié de la maladie. Le Groupe de travail aidera à organiser des réunions et autres activités pour donner aux partenaires des informations sur les activités à l'échelle mondiale et sur l'augmentation du nombre de médicaments candidats précliniques entrant en phase de développement.

### *Développement des médicaments*

Onze composés sont actuellement en phase de développement clinique ou préclinique avancé chez plusieurs organismes parrainants. Les principales étapes pour les composés en phase de découverte seront atteintes lorsque les composés pilotes répondront aux critères définis pour faire passer les composés pilotes en phase de développement préclinique avancé. La plupart des décisions relatives à la poursuite des travaux de recherche sont déterminées par le plan de développement et dépendent de la manière dont le nouveau médicament sera utilisé cliniquement. Ainsi, les critères pour un médicament destiné à être ajouté aux schémas thérapeutiques existants avec un dosage quotidien pendant de nombreux mois peuvent être différents de ceux d'un médicament prévu pour une prophylaxie prévoyant une administration intermittente. Les essais d'innocuité chez l'animal, les caractérisations pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, le spectre de l'activité microbienne, y compris contre les souches de tuberculose multirésistantes, les procédés de synthèse chimique et le facteur coût sont des éléments déterminants de la prise de décision d'inclure un composé candidat dans des études d'innocuité pratiquées sur des animaux selon les bonnes pratiques de laboratoire (BPL). Ces essais sont extrêmement longs, coûteux et exigent de grandes quantités de composé purifié. Des rapports officiels sur les recherches accompagnent les demandes d'étude de nouveaux produits soumises aux organismes de réglementation. Le dépôt d'une telle demande est une étape essentielle car elle indique que des données objectives produites par un laboratoire certifié BPL ont motivé la décision de l'organisme parrainant de poursuivre les travaux de développement. Une seconde étape essentielle est l'obtention de l'agrément des organismes de réglementation, rendant possible l'entrée dans la phase I des essais d'innocuité chez l'homme. Vient alors le lancement des phases II et III des essais thérapeutiques, menant à une demande pour un nouveau médicament. Si les données recueillies au cours de l'ensemble des études sont considérées comme suffisamment convaincantes par les organismes de réglementation, un nouveau médicament ou une nouvelle indication sera agréé(e) et lancé(e).

Il est toujours possible qu'un médicament candidat ne parvienne pas au bout du processus de recherche-développement, et un tel échec constitue un risque important pour les organismes parrainants, du point de vue tant du temps perdu que du financement. Seuls 10 % environ des médicaments candidats qui entrent dans la filière clinique parviennent à l'homologation, la plupart du temps pour des raisons liées à l'innocuité. Ainsi, la clé du succès réside dans la constitution d'une filière solide et durable de nouveaux médicaments candidats et de programmes de recherche de réserve. Au fur et à mesure que de nouvelles entités médicamenteuses candidates se présenteront, le Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux fournira une aide qui favorisera une communication rapide entre partenaires afin d'entamer la simulation de la compatibilité et des complémentarités d'efficacité. Le Groupe de travail servira de lieu d'interaction entre les partenaires, le but étant de renforcer l'efficacité et de réduire les risques pour l'ensemble du processus.

### **Planification et mise en œuvre des essais cliniques**

Des essais cliniques sur des antituberculeux sont menés à travers le monde, sur des sites parrainés par des organismes tels que le National Institute of Pharmaceutical Education and Research (NIPER) (Institut national d'enseignement et de recherche pharmaceutiques), le Tuberculosis Trials Consortium (TBTC, Consortium d'essais sur la tuberculose) les CDC, le European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP, Partenariat entre les pays européens et les pays en développement concernant les essais cliniques), le South African Medical Research Council (MRC, Conseil pour la recherche médicale sud-africain), l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires (UICTMR), le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID, Institut national pour les allergies et les maladies infectieuses) et le NIAID/Case Western Reserve University-funded Tuberculosis Research Unit (unité de recherche sur la tuberculose financée par l'Université Case Western Reserve/NIAID), entre autres. Ces sites ont par le passé mené avec succès des essais sur des médicaments existants dans diverses associations.

Toutefois, la nécessité de disposer de sites d'essais cliniques qui répondent aux critères de réglementation types en matière d'homologation se fait de plus en plus sentir, à mesure que les nouveaux composés en cours de développement dans la filière mondiale des antituberculeux atteignent maintenant les étapes précliniques.

Etant donné qu'il n'existe aucune liste centralisée des sites qualifiés, les différents organismes parrainants de composés dans la filière procèdent actuellement de manière individuelle et indépendante à l'évaluation des sites d'essais cliniques. Comme il est d'usage, des accords bilatéraux sont en cours d'établissement entre les organismes parrainants et les principaux chercheurs sur chaque site. Il est prévu que les essais commencent lorsque chaque site, ou groupe de sites, sera prêt pour l'essai proposé et à condition que les organismes de réglementation ne retirent pas leur autorisation de procéder à ces essais.

Ce processus prend du temps et entraîne des doubles emplois. C'est pourquoi le Groupe de travail cherchera à rationaliser le processus d'essais cliniques en recensant au niveau mondial les sites qualifiés répondant aux critères de réglementation types. Cette liste sera en principe établie à partir des informations fournies par des membres du Groupe de travail et devrait être achevée d'ici fin 2006.

Le Groupe de travail établira une liste des sites d'essais cliniques qui décrira les capacités de chacun d'entre eux, y compris toutes les assurances réglementaires. La liste sera placée dans une base de données qui pourra être consultée librement à l'aide d'Internet, sur un site Web facile d'accès, tel que le site du Partenariat Halte à la Tuberculose.

Les informations qui seront recueillies pour dresser la liste des sites d'essais cliniques permettront également d'évaluer les moyens de chaque site et de repérer les lacunes ou les

insuffisances, que ce soit dans le domaine des ressources humaines, des infrastructures, de la capacité à recruter des patients ou dans d'autres secteurs. Cette évaluation permettra de repérer les facteurs indispensables à des sites viables, éthiques et compétents. Il s'agira là d'une activité permanente.

### **Approbation réglementaire et homologation**

Dès 2006, et pendant toute la durée du Plan stratégique, le Groupe de travail co-parrainera des réunions avec des organismes de réglementation dans des pays industrialisés et des pays d'endémie, avec pour objectif premier d'établir des lignes directrices pour l'élaboration d'une réglementation en vue d'homologuer un nouveau composé destiné au traitement de la tuberculose d'ici 2010. Des réunions et des colloques supplémentaires parrainés ou co-parrainés par le Groupe de travail afin de déterminer, de valider et d'aider à établir des marqueurs de substitution se tiendront annuellement, à l'occasion d'autres forums internationaux tels que la conférence de l'UICTMR à Paris ou la Gordon Research Conference consacrée à la recherche sur la tuberculose.

### **Suivi et évaluation**

Une fonction importante du Groupe de travail consistera à suivre les progrès accomplis par les partenaires et des autres organismes qui pourraient entamer des activités de développement d'antituberculeux. Une base de données répertoriant les projets, composés et essais cliniques sera établie pour rendre compte de la situation actuelle au niveau mondial.

Le suivi et l'évaluation minutieux d'un grand nombre d'essais cliniques seront coûteux. Des initiatives modestes visant à accroître les capacités sont en cours au sein du programme TDR/OMS, mais sont peu susceptibles de satisfaire la demande créée par le lancement de multiples essais cliniques sur la tuberculose, à la fois de qualité et conformes à la réglementation. Il est indispensable de mettre au point des normes de suivi internationales et d'accroître les capacités de suivi au niveau mondial pour éviter de compromettre les chances des agents promoteurs de parvenir à l'homologation et à la mise sur le marché.

### **Principaux facteurs de risque**

Parmi les médicaments nouveaux pour l'organisme humain, seul un sur dix obtient son homologation. Le portefeuille doit donc être solide et comporter une filière continue de candidats entrant en phase d'évaluation clinique.

Le paradigme de l'évaluation clinique des nouveaux médicaments est de plus en plus complexe du fait que les pays les plus durement touchés se trouvent actuellement confrontés à des situations d'urgence résultant de la concomitance du VIH/SIDA et de la tuberculose. Il faudra augmenter les capacités d'études pharmacocinétiques humaines et d'études sur les interactions médicamenteuses pour s'assurer qu'une bonne base de données clinique humaine soit rapidement disponible pour chaque composé, permettant ainsi de répondre aux besoins des dernières phases de développement.

Il existe des sites cliniques ayant pour vocation de tester de nouveaux médicaments, mais le niveau d'activité prévu laisse présager qu'ils seront soumis à une forte pression.

De nouveaux schémas thérapeutiques ne seront pas forcément mis à la disposition des patients (par exemple en raison de retards dans l'établissement de traitements standard et la mise en œuvre sur le terrain). L'ensemble des Groupes de travail et la communauté internationale devront concentrer tous leurs efforts sur l'adoption sûre, rapide et efficace de nouveaux outils.

### **Besoins budgétaires du Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux, 2006–2015**

Étant donné les réalités financières de la mise au point des antituberculeux, il est indispensable que le secteur philanthropique et le secteur public participent financièrement avec l'industrie à la prise de certains risques inhérents au développement de médicaments candidats. La dynamique des cinq dernières années n'a été possible que grâce à l'engagement financier d'entités publiques et privées. Pour concrétiser la perspective du Groupe de travail, d'importantes ressources supplémentaires et un fort engagement politique seront nécessaires au cours des 10 prochaines années.

L'un des principaux postes de dépenses dans la mise au point de médicaments est le financement d'études cliniques à grande échelle. Celles-ci sont coûteuses en raison du grand nombre de personnes nécessaires et de la longue durée du suivi (pouvant aller actuellement jusqu'à deux années) pour déterminer les taux de rechute. Il faudra développer considérablement la capacité mondiale d'essais cliniques sur les antituberculeux si l'on veut pouvoir faire passer rapidement de nombreux composés et schémas thérapeutiques prometteurs par les essais de phase II et III. Cela concernera surtout les pays en développement où cet effort contribuera de facto au développement des capacités techniques individuelles et au renforcement des compétences en matière de planification et d'évaluation. Il s'agit là d'un domaine auquel les secteurs public et philanthropique peuvent beaucoup contribuer.

Le Groupe de travail facilitera les activités nécessaires à la planification stratégique et l'apport des ressources préalablement aux essais cliniques. D'importantes dépenses d'investissement sont nécessaires pour assurer que les nouveaux schémas thérapeutiques antituberculeux sortis du processus de développement soient disponibles dans le monde entier. Le financement total nécessaire se monte à US\$ 4800 millions. Le financement disponible s'élève à US\$ 620 millions, ce qui laisse un déficit de financement total de US\$ 4180 millions.

*Voir Tableau 26 : Besoins budgétaires du Groupe de travail sur les nouveaux antituberculeux (en millions de US\$), 2006–2015*

PARTIE III : ACTIONS DU PARTENARIAT POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS

TABLEAU 26 : BESOINS BUDGÉTAIRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES NOUVEAUX ANTITUBERCULEUX (EN MILLIONS DE US\$), 2006-2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toutes les années	% total
<b>Recherche-développement de médicaments en amont</b>	<b>211</b>	<b>217</b>	<b>224</b>	<b>231</b>	<b>237</b>	<b>245</b>	<b>252</b>	<b>260</b>	<b>267</b>	<b>275</b>	<b>2 419</b>	<b>50%</b>
Recherche fondamentale	5,0	5,2	5,3	5,5	5,6	5,8	6,0	6,1	6,3	6,5	57	1%
Optimisation des composés pilotes	195	201	207	213	219	226	233	240	247	254	2 235	47%
Préclinique	11	11	12	12	12	13	13	14	14	14	126	3%
<b>Essais cliniques</b>	<b>207</b>	<b>213</b>	<b>220</b>	<b>226</b>	<b>233</b>	<b>240</b>	<b>247</b>	<b>255</b>	<b>262</b>	<b>270</b>	<b>2 373</b>	<b>49%</b>
Phase I	7,0	7,2	7,4	7,6	7,9	8,1	8,4	8,6	8,9	9,1	80	2%
Phase II	50	52	53	55	56	58	60	61	63	65	573	12%
Phase III	150	155	159	164	169	174	179	184	190	196	1 720	36%
<b>Approbation réglementaire et homologation</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>0,1%</b>								
Homologation	0,0	1,0	0,0	1,1	0,0	1,2	0,0	1,2	0,0	1,3	6	0,1%
<b>Fonctionnement du Groupe de travail</b>	<b>0,2</b>	<b>2</b>	<b>0,04%</b>									
<b>TOTAL</b>	<b>418</b>	<b>432</b>	<b>444</b>	<b>458</b>	<b>471</b>	<b>486</b>	<b>499</b>	<b>516</b>	<b>530</b>	<b>547</b>	<b>4 800</b>	

### 10.3.3 Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux : synthèse du plan stratégique 2006–2015

Le Groupe de travail sur les vaccins antituberculeux a été créé en 2000. Son but est d'encourager et de coordonner les efforts de collaboration afin de développer de nouvelles méthodes de vaccination efficaces pour faire reculer la tuberculose.

#### Perspective stratégique

La mise au point de nouveaux vaccins pour protéger contre la tuberculose prend de plus en plus d'importance. Des résultats scientifiques encourageants et cohérents, issus des laboratoires et de premiers essais sur le terrain, indiquent que l'introduction de nouveaux vaccins antituberculeux efficaces représentera une composante essentielle de toute stratégie visant à éliminer la maladie d'ici 2050. De nouveaux vaccins pour prévenir les formes pédiatriques et adultes de la tuberculose, réduire la fréquence de la maladie chez les personnes VIH-positives et abréger la durée des schémas thérapeutiques modifieront radicalement notre approche de la lutte antituberculeuse.

Il est probable que la prochaine génération de vaccins viendra compléter la réponse immunitaire conférée par l'actuel vaccin BCG. De nouveaux vaccins pourraient être administrés avec le BCG à un jeune âge, avant l'exposition à *M. tuberculosis*, comme injection de rappel distincte pour les jeunes adultes, ou comme traitement d'appoint de la chimiothérapie. Le Groupe de travail encourage la recherche et l'élaboration de plusieurs approches pour la mise au point de nouveaux vaccins et de nouvelles stratégies d'administration. Le calendrier de développement des vaccins est conditionné par la disponibilité de candidats appropriés et la nécessité d'essais cliniques approfondis pour assurer l'innocuité et confirmer l'efficacité chez l'être humain. Un nouveau vaccin devrait être disponible d'ici 2015.

Il est difficile de prévoir ce qu'apportera précisément ce nouveau vaccin dans la lutte antituberculeuse. On peut cependant simuler l'impact de nouveaux vaccins en introduisant des paramètres liés aux vaccins dans les modèles épidémiologiques existants de la pandémie tuberculeuse. L'une des simulations semble indiquer que l'introduction entre 2014 et 2018 d'un nouveau vaccin pouvant être administré à tous serait susceptible de réduire de plus de 20 % l'incidence de la maladie en Afrique et en Asie du Sud-Est durant les dix premières années, et jusqu'à 40 % d'ici 2050.<sup>45</sup>

La perspective stratégique du Groupe de travail est la suivante : une amélioration des vaccins et des stratégies de vaccination sera cruciale pour atteindre l'objectif du Partenariat Halte à la tuberculose pour 2050 – réduire l'incidence mondiale de la tuberculose à moins d'un cas par million d'individus.

#### Réalisations à ce jour

En 2000, le Groupe de travail a pris note qu'il se présentait des occasions historiques de mise au point de nouveaux vaccins antituberculeux grâce aux techniques de manipulation génétique de mycobactéries et à l'achèvement du séquençage du génome

de *M. tuberculosis*. Ces avancées ont facilité la production de nouveaux candidats vaccins de type mycobactéries vivantes recombinées ou gènes mycobactériens exprimés sous de nombreuses formes immunogéniques. Nous avons parallèlement progressé dans la connaissance des mécanismes cellulaires et moléculaires à la base de l'immunité protectrice tant chez l'être humain que chez les animaux de laboratoire. Dans le premier Plan mondial, l'objectif du Groupe de travail était de disposer de cinq candidats vaccins prometteurs en essais de phase I en 2005. Avec quatre candidats vaccins en essais de phase I en 2005 et trois autres à suivre d'ici au début de 2006, on peut considérer cet objectif comme étant largement atteint.

Les investissements stratégiques de grande ampleur réalisés par la Communauté européenne et les Instituts nationaux de la santé des Etats-Unis d'Amérique ont joué un rôle important. Ces donateurs ont mis en place des consortiums de chercheurs et des installations centralisées pour l'évaluation préclinique, ce qui a permis de réaliser des essais comparatifs et de sélectionner les candidats les mieux adaptés pour progresser vers les essais cliniques. De plus, cette progression vers les essais cliniques a été favorisée par d'importantes contributions de la Fondation Bill et Melinda Gates pour soutenir l'Aeras Global TB Vaccine Foundation et son prédécesseur, la Sequella Global TB Foundation.

#### Objectifs

L'objectif global du Groupe de travail pour 2006–2015 est de disposer d'un **vaccin sûr, efficace, homologué et disponible à un coût raisonnable d'ici 2015.**

##### **Objectif 1 : Maintenir et améliorer les programmes de vaccination par le BCG**

On prévoit que le BCG restera la pierre angulaire des programmes de vaccination antituberculeuse au cours de la période couverte par le Plan mondial, la prochaine génération de vaccins s'ajoutant au vaccin par le BCG qui, lui, est couramment administré à la naissance dans de nombreux pays. Le maintien de la production du BCG, par un nombre de plus en plus limité de fournisseurs internationaux, l'analyse des variations éventuelles de l'efficacité du vaccin dues à des changements génétiques dans les sous-souches du BCG, et la mise en place d'un mécanisme rationnel permettant de décider du moment et des modalités d'utilisation des différentes souches constituent les principaux problèmes.

##### **Objectif 2 : Recherche exploratoire et recherche appliquée (« alimenter la filière de nouveaux médicaments »)**

Il faut développer la recherche exploratoire et l'application des connaissances dans le domaine des vaccins. Les progrès réalisés avec les candidats cliniques actuels ne signent pas la fin de la recherche exploratoire, mais offrent plutôt des occasions d'associer la recherche fondamentale aux études sur l'être humain. Il est probable que l'expérience accumulée au fur et à mesure du passage des candidats actuels par les essais cliniques contribuera au développement de nouveaux candidats dans un processus itératif d'affinement. Parallèlement, on reconnaît qu'il faut poursuivre la recherche en immunologie afin d'aider à mettre au point des critères d'évaluation pour les vaccins en

essais de phase II/IIB et pour l'identification de corrélats de l'immunité dans les essais de phase III. Le Groupe de travail prévoit que les scientifiques des pays durement touchés par la tuberculose contribueront de manière croissante aux progrès réalisés dans cette voie, et notamment dans les domaines de l'épidémiologie et du développement du titrage immunologique chez l'être humain.

**Objectif 3 : Faciliter le développement préclinique**

Il faut recenser et développer les installations nécessaires à la production de lots pilotes de candidats vaccins adaptés aux essais chez l'être humain, et s'assurer que ces candidats seront soumis à des tests appropriés visant à confirmer leur activité biologique et l'absence de toxicité dans des systèmes expérimentaux.

**Objectif 4 : Renforcer les capacités sur les sites d'essai de vaccins**

La réalisation d'essais de vaccins requiert un savoir-faire local ainsi que des données de référence sur les populations participantes. Il faut notamment avoir des informations épidémiologiques de base, élaborer des programmes d'interaction communautaire, mettre au point des protocoles respectant les normes légales et éthiques, assurer la coordination avec les autorités nationales de réglementation, vérifier la compétence locale en matière de titrages immunologiques et procédures de diagnostic et mettre en place une infrastructure pour l'administration du vaccin. Ces activités offrent d'importantes occasions de formation et de renforcement des capacités et nécessitent une interaction avec d'autres Groupes de travail au sein du Partenariat Halte à la tuberculose.

**Objectif 5 : Veiller à ce que les capacités de production de vaccins soient disponibles et puissent être développées**

Le potentiel d'accroissement de la production de vaccins expérimentaux à un niveau se prêtant à une vaste distribution dans le cadre d'études multicentriques internationales est un facteur essentiel dans la sélection de candidats pour les essais cliniques. Il est également prévu que le nouveau vaccin homologué soit disponible à un coût accessible pour les pays démunis. La demande excédera probablement la capacité des sites de production de vaccins existants et il faudra investir dans un ou plusieurs sites de production spécialisés ayant de bonnes pratiques de fabrication. Cette activité nécessitera la mise en place de partenariats innovants avec des fabricants de pays en développement ou développés.

**Objectif 6 : Mener les essais cliniques**

L'évaluation de candidats vaccins exige une série d'essais cliniques d'ampleur, de complexité et de coût croissants destinés à évaluer progressivement l'innocuité, l'immunogénicité et enfin l'efficacité. L'un des principaux défis du Partenariat est, à ce stade, d'encourager les collaborateurs de pays en développement et développés à investir.

- Les essais de phase I comportent l'évaluation initiale de l'innocuité, généralement sur des groupes d'environ 30 adultes en bonne santé.
- Les essais de phase II exigent que des études d'innocuité

approfondies soient menées sur des groupes plus importants, que différentes doses de vaccins et différents protocoles soient testés et que des populations cibles spécifiques participent aux essais (individus précédemment exposés à *M. tuberculosis*, personnes VIH-positives, adolescents, enfants et nourrissons etc.). La mesure de l'immunogénicité dans les essais de phase II fournit des données importantes pour décider du développement ultérieur.

- Les essais de phase IIB nécessitent une nouvelle expansion de la phase II car il faut vérifier que le candidat est conforme aux critères de performance déterminés pour les essais d'efficacité de phase III à grande échelle.
- Les essais de phase III, qui sont beaucoup plus vastes et exigent des ressources considérables, testent l'efficacité du vaccin. Parmi les critères de décision pour passer aux tests de phase III figurent l'existence d'un site clinique adapté pour accéder aux populations cibles, l'existence d'installations pour la fabrication à plus large échelle de lots de vaccins reproductibles, l'existence d'un plan de développement clinique assurant que les essais fructueux livreront les données nécessaires aux demandes d'homologation, le potentiel de développement de corrélats de l'immunité (substituts) à partir d'un essai, la volonté du pays d'autoriser le vaccin, l'existence d'un processus d'homologation pour autoriser la mise sur le marché du vaccin, enfin, des consultations avec les programmes locaux de soins aux patients tuberculeux en vue de faciliter l'intégration des médicaments et des outils diagnostiques pour les essais. Afin de garantir que les gens participent aux essais en nombre suffisant et que les résultats sont géographiquement représentatifs, de multiples sites d'essai seront requis dans différentes parties du monde.
- Les essais de phase IV sont des études post-homologation où l'on utilise les infrastructures nationales pour contrôler l'innocuité et déterminer l'efficacité du vaccin au travers d'études épidémiologiques.

**Objectif 7 : Mettre en place une infrastructure favorable**

Le Groupe de travail remplira la fonction de coordonnateur des discussions sur les problèmes de mise au point des vaccins. Il jouera le rôle d'intermédiaire et de médiateur impartial parmi les communautés parties prenantes, et facilitera l'élaboration de protocoles et critères consensuels pour l'évaluation des vaccins. Parmi les initiatives à mener on peut citer la préparation d'un plan scientifique détaillé, l'évaluation des répercussions économiques de vaccins ayant différentes caractéristiques de performance, la contribution à l'harmonisation réglementaire internationale applicable aux vaccins antituberculeux, l'identification de réactifs et protocoles types pour livrer des données précliniques et cliniques comparables, le recensement des infrastructures adaptées à la production de vaccins dans les délais et la préparation d'un processus permettant aux pays durement touchés d'avoir plus rapidement accès aux vaccins homologués. Le Groupe de travail est également le mécanisme central pour l'intégration de ces activités dans la mise au point de vaccins contre d'autres pathologies.

### Cibles et indicateurs

Dans le plan de travail global pour 2006–2015, la première cible est que 20 candidats vaccins au moins aient entamé les essais cliniques de phase I d'ici 2015. Il est prévu que de multiples candidats progressent en parallèle dans les essais cliniques et que les candidats ayant échoué soient remplacés par de nouveaux.

Les essais de phase II des premiers candidats devraient être bien avancés en 2006. Les premiers essais de phase II prendront approximativement trois ans, avec une réduction escomptée à deux ans après le développement et l'amélioration des protocoles d'essais et des titrages immunologiques. La deuxième cible est que neuf candidats soient évalués dans le cadre des essais de phase II. D'ici 2008, en outre, au moins deux vaccins feront l'objet d'essais de phase IIB ou de «validation du concept», ce qui donnera quelques premières indications d'efficacité et réduira donc sensiblement le risque d'échec en phase III.

Les premiers essais de phase III pourraient commencer dès 2010. Ils testeront la capacité des candidats vaccins à agir comme vaccins pré-exposition et prendront quatre ans. Les protocoles d'essai post-infection seront disponibles à partir de 2011 et leur achèvement devrait prendre trois ans. La troisième cible du Plan mondial est de mener un total de quatre essais d'efficacité de phase III.

Deux années environ seront nécessaires pour mener à bien la procédure d'homologation et commencer à distribuer un vaccin efficace. L'objectif final est de disposer d'un vaccin sûr, efficace, homologué et disponible à un coût raisonnable d'ici 2015.

La Figure 36 présente les objectifs et le calendrier.

Voir Figure 36 : Calendrier de mise au point de vaccins antituberculeux, 2006–2015

### Suivi et évaluation

Les progrès associés à l'objectif global de production d'un vaccin efficace d'ici 2015 seront contrôlés compte tenu des cibles et du calendrier présentés ci-dessous, lors des réunions annuelles du Groupe de travail. Un secrétariat spécialisé assurera un suivi permanent de la progression des travaux et fera part des obstacles et problèmes relevés soit au Groupe, lors de sa réunion plénière annuelle, soit aux individus ou sous-groupes concernés. Il est indispensable de mettre au point des normes de suivi internationales et d'accroître les capacités de suivi au niveau mondial pour éviter de compromettre les chances des agents prometteurs de parvenir à l'homologation et à la mise sur le marché.

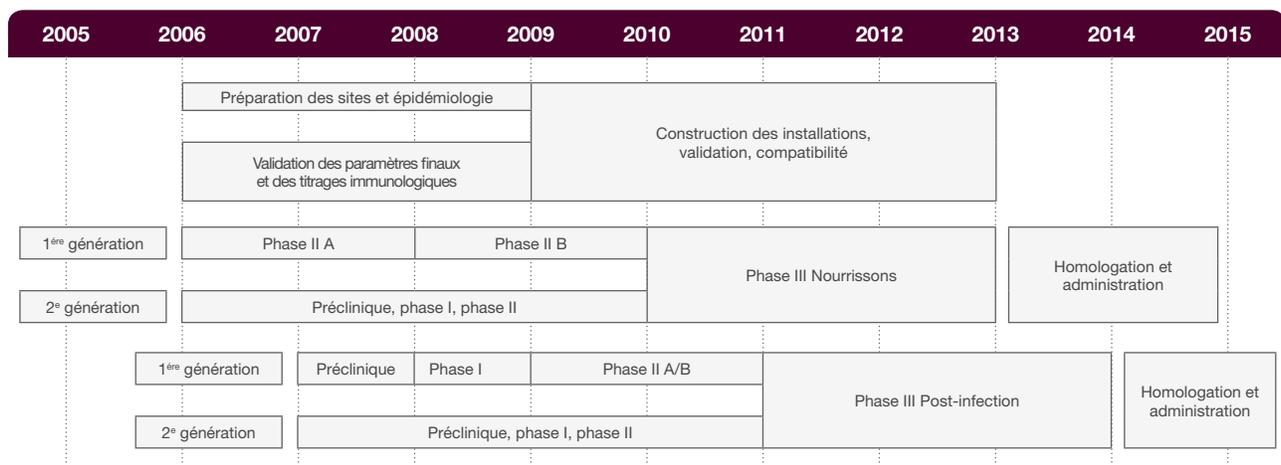
### Risques et défis

#### Défis scientifiques

Le principal facteur qui pourrait empêcher d'atteindre la cible de 2015 est l'incertitude scientifique quant à l'immunité protectrice antituberculeuse et le manque d'expérience de l'emploi des nouveaux vaccins antituberculeux sur des populations humaines. En dépit des récentes avancées dans la connaissance des réponses de l'hôte à l'infection par *M. tuberculosis* et la tuberculose-maladie, nous ne sommes peut-être pas en mesure de recenser des candidats vaccins offrant une protection régulière contre la tuberculose. La double stratégie consistant à maintenir le soutien aux activités pertinentes de recherche exploratoire sur les vaccins tout en maximisant le nombre de candidats passant par les essais cliniques offre les meilleurs moyens d'accroître nos chances de mettre au point un vaccin efficace.

D'autres problèmes peuvent en outre se poser. On peut, par exemple identifier un candidat préclinique prometteur qui confère une réponse immunitaire améliorée, mais qui entraîne des réactions indésirables de niveau inacceptable, telles que l'exacerbation d'autres symptômes sous-jacents de la

FIGURE 36 : CALENDRIER DE MISE AU POINT DE VACCINS ANTITUBERCULEUX, 2006–2015



maladie. On peut aussi mettre au point un vaccin efficace chez les individus immunocompétents mais inopérant chez une certaine population dans des zones caractérisées par des taux élevés de co-infection TB/VIH. Il se pourrait aussi qu'un vaccin efficace favorise la sélection de souches de *M. tuberculosis* dotées d'une pathogénicité différente leur permettant d'échapper au contrôle vaccinal.

#### ***Incertitudes financières***

La mise au point de vaccins est coûteuse. Malgré d'impressionnants engagements de la part du secteur public et d'organismes philanthropiques, il manque au moins 60 % du total des financements requis pour atteindre dans les temps les objectifs du plan de mise au point de vaccins antituberculeux.

Le problème est en grande partie dû au manque d'investissement commercial dans la mise au point d'un vaccin contre la tuberculose. Comme pour de nombreux autres vaccins et médicaments contre des pathologies associées à la pauvreté, le problème est lié à la faiblesse du marché pour ces produits innovants mais coûteux. Divers mécanismes ont été instaurés ou sont envisagés pour résoudre le problème, notamment le financement direct de la recherche et l'apport d'informations sur le coût de la maladie.

Les experts s'accordent toutefois sur le fait que ce type d'initiatives qui «poussent» les produits, aussi valables soient-elles, ne sont pas suffisantes et que des efforts pour les «tirer» sont nécessaires afin de créer un marché dans les pays en développement si l'on veut que l'industrie pharmaceutique s'engage en faveur des maladies des pays pauvres de la même façon que pour les maladies très répandues dans les pays riches. La présence de mécanismes garantissant que le marché absorbera les nouveaux produits est également essentielle et des accords d'achats anticipés peuvent à cet égard présenter des avantages. De tels engagements anticipés seront probablement difficiles à négocier pour les vaccins antituberculeux uniquement, mais devront porter sur un ensemble de nouveaux outils de lutte contre un éventail de maladies transmissibles majeures telles que l'infection à VIH et le paludisme.

Par conséquent, le premier objectif des instances concernées par la tuberculose doit être de mener des actions de sensibilisation afin de veiller à ce que le développement d'instruments de lutte antituberculeuse fasse partie de toute initiative visant à créer un marché élargi pour de nouveaux produits pharmaceutiques innovants dans les pays en développement.

#### **Besoins budgétaires du Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux, 2006–2015**

*Voir Tableau 27 : Besoins budgétaires du Groupe de travail sur les nouveaux vaccins antituberculeux, 2006–2015 (en millions de US\$)*

Le financement total nécessaire se monte à US\$ 3641 millions. Les fonds disponibles s'élèvent à US\$ 2065 millions. Il existe donc un déficit de financement de US\$ 1576 millions.



# Sensibiliser

Tous les acteurs de la conception, de la formulation et de la mise en œuvre du plan doivent mener un travail de sensibilisation pour que la tuberculose occupe une place prééminente dans les programmes d'action politique et sanitaire. Les personnes atteintes de tuberculose et les communautés touchées par la maladie qui ont les moyens de faire entendre leur voix seront de puissants relais du changement. Une nouvelle attitude s'impose.

Le Plan constitue un solide argument pour dégager les ressources nécessaires à l'action, et c'est donc un instrument de poids pour le travail de sensibilisation qui, s'il est continu, arrivera à persuader les gouvernements et les donateurs d'honorer leur engagement vis-à-vis de l'initiative Halte à la tuberculose en investissant dans la mise en œuvre du Plan.

Chacun de nous peut s'exprimer et contribuer à mobiliser un appui en faveur de la mise en œuvre du Plan.

**TABLEAU 27 : BESOINS BUDGÉTAIRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES NOUVEAUX VACCINS ANTITUBERCULEUX, 2006-2015 (EN MILLIONS DE US\$)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toutes les années	% du total
<b>BESOINS DU PROGRAMME (a)</b>	130	134	138	142	146	151	155	160	165	170	1 490	41%
Objectif 1 : Maintenir et améliorer les programmes BCG Coût estimatif de US\$ 0,10 par dose avec une production annuelle de 400 millions de doses par an, plus US\$ 0,90 de coût de distribution par dose pour une cohorte annuelle de 100 millions d'enfants.	130	134	138	142	146	151	155	160	165	170	1 490	41%
<b>BESOINS EN MATIÈRE DE RECHERCHE (a)</b>	155	163	168	184	230	237	244	252	221	228	2 082	57%
Objectif 2 : Recherche exploratoire et appliquée («alimenter la filière de nouveaux médicaments») <sup>19</sup>	120	124	127	131	135	139	143	148	152	157	1 376	38%
Objectif 3 : Faciliter le développement préclinique Mise au point préclinique (y compris toxicologie, innocuité, réglementation, PI) estimée à US\$ 725 000 par candidat (20 candidats)	5	5	5								15	0,4%
Objectif 4 : Renforcer les capacités sur les sites d'essai de vaccins Estimé à 10 % du coût total des essais pour les essais de phase I et II	3	4	4	4	0	0	0	0	0	0	16	0,4%
Objectif 5 : Veiller à ce que les capacités de production de vaccins soient disponibles et puissent être développées Lots de la phase I (US\$ 5 millions) ; lots des phases II/III (US\$ 76,5 millions) ; unité de fabrication (US\$ 100 millions)	12	15	16	33	34	35	36	37	0	0	217	6%
Objectif 6 : Mener les essais cliniques et préparer l'accès aux nouveaux vaccins Phase I : 20 candidats (6 permutations/30 sujets – US\$ 45 millions). Phase II : 9 candidats (6 permutations/300 sujets – US\$ 100 millions). Phase II - 4 essais/40 000 sujets – US\$ 240 millions	15	15	15	16	61	63	65	67	69	71	457	13%
<b>FONCTIONNEMENT DU GROUPE DE TRAVAIL (a)</b>	6	6	6	7	7	7	7	7	8	8	69	2%
Objectif 7 : Mettre en place une infrastructure favorable Les éléments essentiels comprennent le personnel et les communications (US\$ 225 000 par an); l'analyse économique et le plan (US\$ 850 000 par an), les réunions (US\$ 100 000 par an), les services de consultants (US\$ 45 000 par an), les activités scientifiques périphériques (US\$ 50 000 par an)	6	6	6	7	7	7	7	7	8	8	69	2%
<b>TOTAL</b>	291	303	312	333	383	395	407	419	393	405	3 641	

(a) Les coûts unitaires dans la colonne 1 sont indiqués en prix de 2006. Les budgets totaux après 2006 ne correspondent pas exactement à ces prix unitaires puisqu'ils ont été ajustés en fonction de l'inflation.

## 10.4 Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale : synthèse du plan stratégique 2006–2015

### Introduction

Une intensification substantielle des activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale (SCMS) contre la tuberculose sera nécessaire pour atteindre les objectifs mondiaux de lutte antituberculeuse. Le Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale a été constitué en 2005 pour mobiliser des ressources politiques, sociales et financières, soutenir et accroître le mouvement mondial pour l'élimination de la tuberculose et favoriser le développement dans les pays de programmes plus efficaces de SCMS afin d'aider à combattre la maladie. Ce Groupe remplace le Groupe spécial sur la sensibilisation et la communication. Le texte ci-dessous est la synthèse du plan stratégique du Groupe de travail pour 2006 à 2015. L'intégralité du plan peut être consulté à l'adresse <http://www.stoptb.org/GlobalPlan>.

### Perspective stratégique 2006–2015

Le succès du Plan mondial du Partenariat Halte à la tuberculose 2006–2015 reposera sur l'efficacité des activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale pour générer un changement politique, social et comportemental à tous les niveaux. Il est urgent de développer ces activités dans les pays donateurs et les pays d'endémie afin de rapidement créer et financer un mouvement social plurisectoriel à différents niveaux, qui permettra d'inverser la tendance épidémique et d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et ceux du Partenariat Halte à la tuberculose. Dans la présente synthèse, le Groupe de travail se concentre principalement sur l'élaboration de stratégies de sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour soutenir les objectifs mondiaux existants, dans la perspective de délivrer les populations de la tuberculose par :

- (1) des actions de sensibilisation au niveau mondial : instauration de la responsabilité politique et de la pression sociale requises pour dresser des programmes politiques et mobiliser entre 2006 et 2015 US\$ 56 milliards dans le but de combattre la tuberculose et mettre au point un nouvel outil ; et
- (2) des activités SCMS dans les pays : mise en place et financement d'activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale innovantes, reposant sur des données factuelles et menées par les pays et les communautés locales pour obtenir un changement social et comportemental durable aux niveaux national, infranational et individuel, et destinées à assurer l'accès de tous, notamment des populations pauvres, vulnérables et difficilement accessibles au traitement et aux soins.

### Objectifs

Le Groupe de travail se concentrera sur le renforcement des capacités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale à tous les niveaux de sorte que des stratégies appropriées

et efficaces puissent être développées, hiérarchisées, mises en œuvre et maintenues dans le but de faire de sa perspective stratégique une réalité et de faire avancer les objectifs du Plan mondial. Les objectifs, présentés ci-dessous, sont destinés à promouvoir la perspective stratégique du Groupe de travail, à soutenir et à renforcer la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS et les objectifs des autres Groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose. Ils visent à :

- (1) Aider à mobiliser les ressources nécessaires pour financer intégralement dans le cadre du Plan mondial 2006–2015, l'extension de la stratégie DOTS, la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante (TB-MR), la mise au point de nouveaux outils, et les efforts de lutte contre la co-infection TB/VIH.
- (2) Faire en sorte que la tuberculose occupe une plus grande place dans les programmes politiques nationaux, régionaux et internationaux.
- (3) Accroître le soutien politique et social en faveur des politiques de lutte antituberculeuse recommandées par l'OMS, notamment les Normes internationales pour les soins antituberculeux et la Charte du patient tuberculeux.
- (4) Amener les responsables politiques, les parties prenantes à l'échelle internationale, régionale et nationale, les médias, le secteur privé, les patients, les communautés et autres acteurs à assurer un plus grand soutien politique à la lutte antituberculeuse, notamment par l'instauration et la promotion de partenariats nationaux.
- (5) Renforcer les capacités des programmes et des partenariats nationaux et autres acteurs principaux participant à la lutte contre la tuberculose, pour élaborer et mettre en œuvre des plans de SCMS plurisectoriels, interactifs et durables, soutenus par des ressources humaines et financières appropriées dans les pays, afin d'améliorer la détection des cas et les résultats des traitements, de donner les moyens d'agir aux communautés touchées par la maladie et de combattre l'ostracisation et la discrimination.
- (6) Donner à la société civile et aux communautés touchées par la maladie, aussi bien dans les pays donateurs que dans les pays d'endémie, des moyens accrus pour militer en faveur de l'accès universel au traitement et mobiliser l'action pour la lutte antituberculeuse.
- (7) Favoriser l'échange d'informations entre les groupes de travail et le partage des enseignements et expériences liés à la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale pour garantir un impact optimal, encourager la participation et faciliter la collaboration.
- (8) Intégrer des indicateurs de SCMS et les mécanismes de suivi et d'évaluation dans les systèmes de suivi et d'évaluation institutionnels.

### Objectifs et repères

#### *Sensibilisation mondiale*

- D'ici 2010, les coalitions, organismes ou associations de sensibilisation à la lutte contre la tuberculose dans la société civile seront actifs dans 20 pays donateurs et 40 pays d'endémie.

- D'ici 2015, le Groupe de travail aura aidé à mobiliser US\$ 56 milliards pour lutter contre la tuberculose et mettre au point de nouveaux outils en conformité avec le Plan mondial du Partenariat, afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et ceux du Partenariat Halte à la tuberculose.

#### **Sensibilisation, communication et mobilisation sociale au niveau national**

- D'ici 2015, la méthodologie de SCMS interactive et plurisectorielle fera partie intégrante de la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS.
- D'ici 2015, tous les pays prioritaires mettront en place des initiatives de sensibilisation, communication et mobilisation sociale interactives.
  - D'ici 2008, au moins 10 pays d'endémie auront élaboré puis mis en œuvre des initiatives de SCMS interactives plurisectorielles et livreront des données qualitatives et quantitatives concernant l'impact de ces activités sur la lutte antituberculeuse.
  - D'ici 2010, au moins 20 pays prioritaires mettront en place des initiatives plurisectorielles interactives et en suivront et évalueront les résultats.

#### **Activités et mise en œuvre**

Le Groupe de travail coopérera avec les Groupes de travail sur la mise en œuvre et le Groupe de travail sur les nouveaux outils du Partenariat Halte à la tuberculose, les programmes nationaux de lutte antituberculeuse, la société civile, les patients et les communautés touchées afin de susciter des changements politiques, comportementaux et sociaux selon la perspective esquissée par le Groupe de travail. Celui-ci considère les activités mondiales et nationales de sensibilisation, communication et mobilisation sociale comme des éléments d'une même approche, même si chacune d'entre elles requiert des compétences et une orientation différentes. Les composantes sensibilisation, communication et mobilisation sociale se renforcent mutuellement et doivent être intégrées aux efforts techniques plus vastes de lutte contre la tuberculose. Il faut souligner que le succès des stratégies et activités en matière de SCMS dépend de la situation et des circonstances puisqu'elles subissent les effets de l'évolution constante des contextes sociaux, politiques, nationaux et mondiaux. Malgré tout, un certain nombre de bonnes pratiques nées de précédents efforts de sensibilisation, communication et mobilisation sociale en faveur de la lutte contre la tuberculose sont formulées dans le plan stratégique du Groupe de travail.

Le Groupe de travail se concentrera sur les principaux domaines suivants :

- activités de sensibilisation aux niveaux mondial, régional et national ;
- activités de communication aux niveaux national et local ;
- activités intersectorielles.

#### **Activités de sensibilisation aux niveaux mondial, régional et national**

Ces activités viseront à appeler l'attention des principaux responsables politiques et organismes internationaux et régionaux (tels que la Banque mondiale, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique ou NEPAD, l'Union africaine, l'Union européenne et les sociétés multinationales), les organisations non gouvernementales internationales, le secteur privé et les médias afin de susciter un appui politique et de mobiliser des ressources pour combattre la tuberculose.

- Intégrer la tuberculose dans les initiatives de santé et de développement plus vastes. Les efforts de sensibilisation à la tuberculose seront associés aux futurs sommets du G8, à des processus clés des Nations Unies tels que la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur le VIH/SIDA, au mouvement mondial pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et à d'autres initiatives et importants rassemblements aux niveaux mondial, régional et national. Dans le cadre des activités, les groupes qui s'occupent de la lutte contre le VIH/SIDA seront encouragés à intégrer la tuberculose dans leurs programmes.
- Etablir la cartographie stratégique des flux de ressources. Il est essentiel de recenser les principales sources de financement pour la lutte antituberculeuse et la mise au point de nouveaux outils, de mobiliser des alliés et de lancer des activités spécifiques pour influencer les décideurs concernés en vue d'obtenir des engagements financiers.
- S'attacher des personnalités pour défendre la cause. Il est indispensable de renforcer le soutien et la prise de conscience parmi les responsables politiques, qu'ils appartiennent ou non au secteur de la santé, ainsi que parmi d'autres responsables et personnalités, afin de développer et de maintenir l'engagement politique. Il faut trouver à tous les niveaux des défenseurs de la cause qui seront informés et aidés et sensibiliseront de manière stratégique à l'importance d'un financement accru de la lutte antituberculeuse.

Ces activités de sensibilisation seront rendues possibles par les organismes et associations de sensibilisation de la société civile ainsi que par les programmes et partenariats nationaux de lutte contre la tuberculose. Les partenaires mondiaux et nationaux, et notamment les organisations non gouvernementales ou les associations ayant fait leurs preuves en matière de mobilisation d'un soutien financier et politique pour les questions de santé et de développement social, aideront à renforcer les capacités de sensibilisation dans les pays donateurs et les pays d'endémie, ainsi que les capacités de lutte antituberculeuse dans ces derniers. Les capacités de sensibilisation de la société civile devront être durablement renforcées avec au moins quatre pays donateurs et huit pays d'endémie par an au départ (Figure 37). D'ici 2010, les organismes ou associations de la société civile chargés de la sensibilisation à la tuberculose seront actifs dans 20 pays donateurs et 40 pays d'endémie.

### Activités de communication aux niveaux national et local

Dans les pays d'endémie, ces activités auront pour but de faire disparaître l'ostracisme et la discrimination et d'améliorer la détection des cas et le traitement. Il s'agit notamment de :

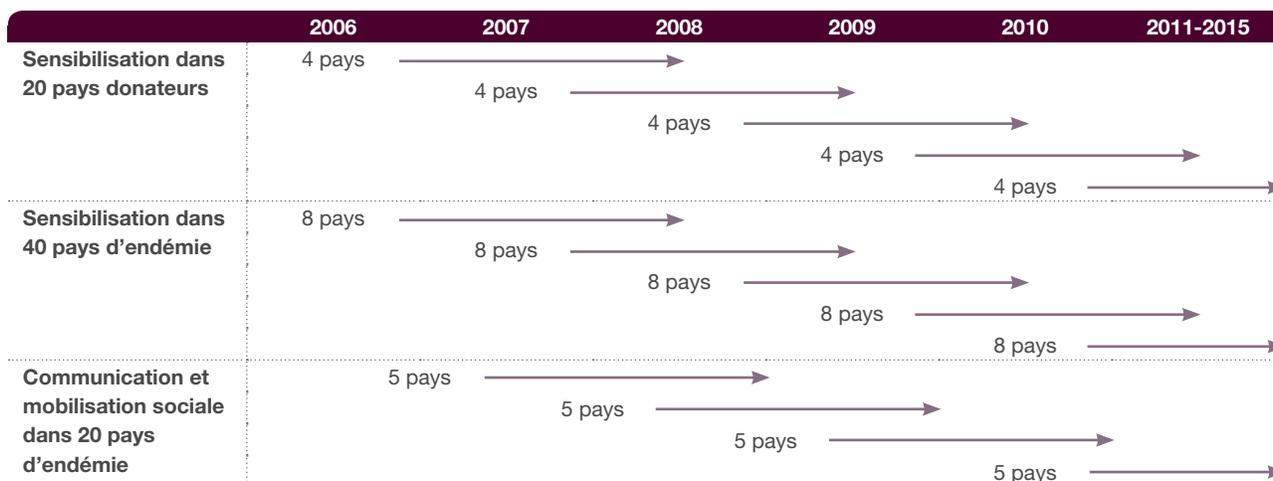
- Rédiger des lignes directrices et des manuels sur la sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour améliorer le partage des savoirs et favoriser les bonnes pratiques en la matière au niveau national. Ces documents comprendront des outils d'évaluation et de résolution des problèmes pour permettre aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse, à la société civile et aux autres acteurs d'élaborer des stratégies complètes menées au niveau national pour soutenir la lutte antituberculeuse. Le matériel comportera des exemples d'expériences nationales et d'outils liés à la planification de la communication, à la participation des patients et des communautés locales à la conception de programmes antituberculeux, au développement des ressources humaines pour la sensibilisation, communication et mobilisation sociale, la planification stratégique, la recherche opérationnelle, et le suivi et l'évaluation.
- Créer un cadre d'assistance technique pour aider les pays et les organisations de la société civile à planifier et mener les activités, et à en assurer le suivi et l'évaluation. Ce cadre sera conçu pour aider les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNLT) et les autres partenaires importants à mettre en œuvre des stratégies intensives, durables et détaillées de SCMS. Le cadre comprendra également une assistance aux pays d'endémie pour la préparation des demandes soumises au Fonds mondial en vue d'obtenir des ressources pour ces activités sur une base régulière.
- Elaborer, adapter et promouvoir des messages politiques clairs. Des modèles de messages, de matériel, d'images et de stratégies en matière de SCMS sont indispensables pour

positionner, vendre et coordonner les activités mondiales, nationales et locales. Les Normes internationales pour les soins antituberculeux, la Charte du patient tuberculeux et la stratégie Halte à la tuberculose serviront par exemple d'outils efficaces pour améliorer la qualité des services liés à la maladie.

Le renforcement des capacités de sensibilisation, communication Le renforcement des capacités de SCMS au niveau national sera ancré dans les programmes antituberculeux et le modèle du Partenariat Halte à la tuberculose. Il aidera les pays et les autres principaux partenaires à élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux englobant le financement de l'évaluation des besoins, des coordonnateurs et chargés de communication nationaux et locaux, des activités de district, de la distribution de matériel d'information, d'éducation et de communication ainsi que du suivi et de l'évaluation.

Les capacités devront être durablement renforcées pour cinq pays d'endémie par an au départ et un total de 20 pays d'ici 2010. Ces pays auront besoin d'une assistance technique intensive pour lutter contre l'ostracisme très répandu, combattre la co-infection TB/VIH et surmonter d'autres obstacles comportementaux et sociaux qui empêchent les patients de consulter et les dispensateurs de soins d'agir. Les partenaires internationaux, régionaux et nationaux jouissant d'une expérience en matière de développement des capacités de communication et de mobilisation sociale à l'échelle nationale pourraient inclure des centres de ressources médiatiques et de gestion de la communication, des organismes de marketing social, des agences de publicité, des organisations non gouvernementales, des mouvements associatifs, des associations de patients et associations locales, et des services de promotion et communication sanitaires au sein des ministères de la santé.

**FIGURE 37 : MISE EN PLACE DES ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE SENSIBILISATION, DE COMMUNICATION ET DE MOBILISATION SOCIALE DANS LES PAYS DONATEURS ET LES PAYS D'ENDÉMIE**



### Activités intersectorielles de premier plan

- Renforcer la participation des patients tuberculeux et des communautés à chaque aspect de la lutte antituberculeuse. Les organismes mondiaux, régionaux, nationaux et locaux de lutte antituberculeuse ont la responsabilité particulière d'accueillir d'anciens et de nouveaux patients au sein de leurs organes de direction. En donnant aux patients et aux communautés touchées davantage de moyens d'agir, les activités planifiées seront plus faciles à mener et mieux adaptées, et l'efficacité du programme en sera accrue.
- Utiliser l'influence des médias. Une plus grande visibilité médiatique est indispensable pour renforcer la prise de conscience et faciliter le dialogue politique, donner une image et une voix fortes aux communautés touchées par la maladie, et favoriser la mobilisation de ressources et l'action sociale. Les médias constituent un puissant outil pour diffuser des messages destinés à opérer des changements comportementaux et sociaux. Parmi les actions visant à susciter l'intérêt médiatique, on peut citer la préparation d'une stratégie médiatique mondiale et régionale, la sensibilisation des médias pour obtenir leur participation active, l'organisation d'événements médiatiques lorsque des occasions se présentent, la production de matériel destiné à la presse, etc.
- Etablir et soutenir des partenariats nationaux pour la lutte antituberculeuse. Les partenariats nationaux peuvent être la base d'associations de sensibilisation, communication et mobilisation sociale plus vastes. Ils peuvent, dans les pays d'endémie, permettre de mieux coordonner les efforts de manière à encourager les comportements de recours aux soins et de prestation des soins, à approfondir les connaissances en matière de santé et à encourager les soins centrés sur les patients.
- Améliorer l'information par Internet et par voie électronique ainsi que le partage des savoirs, par un échange accru d'informations (y compris entre les Groupes de travail), la discussion et la transparence, la coordination de la participation des partenaires nouveaux et existants, la facilitation de l'apprentissage à distance, et le soutien au brassage constant d'idées.
- Investir dans la recherche opérationnelle. Les études sous-traitées et la recherche expérimentale sont nécessaires pour réunir des données sur les bonnes pratiques et améliorer en continu la méthodologie de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale, notamment au niveau national.

Le secrétariat du Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale aura également besoin d'aide pour l'organisation de réunions internationales, régionales et nationales, l'échange d'information et la coordination de l'assistance technique.

### Impact de la sensibilisation, de la communication et de la mobilisation sociale

#### *Impact sur la mobilisation mondiale de ressources*

Le Groupe de travail estime qu'un investissement annuel de US\$ 0,5 à 2 millions par an s'impose pour les activités de sensibilisation afin d'obtenir un financement de US\$ 100 millions pour la lutte antituberculeuse. Ainsi, il faudra consacrer 0,5 % par dollar aux activités de sensibilisation pour mobiliser les US\$ 5,5 milliards de soutien financier annuel requis pour le Plan mondial. Un autre investissement de 5 à 15 % des budgets des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose pour les activités de SCMS devrait également être encouragé (voir <http://www.stoptb.org/GlobalPlan> pour davantage d'informations). Ceci concorde avec les US\$ 5 millions que les partenaires de Halte à la tuberculose dépensent actuellement par an pour la sensibilisation, selon les estimations, somme qui mobilise environ US\$ 300 millions en flux d'aide externe vers les pays d'endémie, les organismes techniques et le Service pharmaceutique mondial (GDF).

#### *Impact sur la détection des cas et les résultats thérapeutiques dans les pays*

Au niveau national, le plan stratégique du Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale s'appuie sur de récentes évaluations dans d'autres domaines de la communication en santé publique pour faire valoir que la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale en matière de tuberculose devraient aider à maintenir les taux de détection des cas et de guérison actuels dans la plupart des pays. Là où les services DOTS sont assurés, bien planifiés et dotés des ressources nécessaires, les interventions de communication et de mobilisation sociale devraient améliorer de 5 à 10 % la détection des cas et les résultats thérapeutiques, même s'il est difficile de tenir compte de toutes les variables.

Peu d'études ont évalué le rapport entre le coût et l'impact des activités de communication concernant la tuberculose. La recherche doit être poursuivie afin de définir et d'évaluer la relation causale entre les activités de communication et l'utilisation accrue des services ainsi que le succès thérapeutique. Quoi qu'il en soit, une analyse des composantes de la sensibilisation, de la communication et de la mobilisation sociale dans les propositions de lutte antituberculeuse soumises lors du cinquième appel du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme semble nettement indiquer que le budget des activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale à l'échelle nationale peut être extrapolé au Plan mondial Halte à la tuberculose.

### Suivi et évaluation

Le Groupe de travail coordonnera les activités de suivi et d'évaluation pour mesurer les résultats des efforts mondiaux, régionaux et nationaux en matière de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale, ainsi que leur

impact sur la lutte contre la tuberculose. Les mécanismes, méthodes et indicateurs existants d'information et de collecte des données seront utilisés pour obtenir et évaluer diverses données. Le Groupe de travail mettra également au point une série d'indicateurs qui seront incorporés dans les systèmes officiels de collecte des données, de même qu'un processus participatif destiné à mesurer l'impact et la rentabilité de ces activités à tous les niveaux. A l'échelle mondiale, le Groupe de travail sous-traitera l'établissement de rapports pour analyser les progrès faits dans le renforcement des capacités de SCMS et la réalisation du Plan mondial Halte à la tuberculose. Au niveau national, l'action de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale devrait être examinée pour tous les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Le Groupe de travail et les acteurs internationaux, régionaux et nationaux se réuniront pour suivre les avancées, diffuser les données disponibles relatives aux bonnes pratiques, transmettre les enseignements tirés de l'expérience et modifier au besoin la stratégie et les activités.

### **Besoins budgétaires du Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale, 2006–2015**

Le budget requis pour atteindre les objectifs du Groupe de travail au cours de la période 2006–2015 est estimé à US\$ 3,2 milliards. Les détails figurent au Tableau 28. Le financement destiné à la coordination de la planification stratégique mondiale et régionale, à l'assistance technique et à l'évaluation proviendra, selon toute vraisemblance, de dons bilatéraux au secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose. La majeure partie du financement des activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale nationales proviendra du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et de sources bilatérales à court terme puis, de manière croissante, de subventions gouvernementales à plus long terme. Les partenaires au niveau national devraient également contribuer en attribuant une proportion réaliste de leur budget à ces activités.

*Voir Tableau 28 : Besoins budgétaires du Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale, 2006–2015 (en millions de US\$)*

TABLEAU 28 : BESOINS BUDGÉTAIRES DU GROUPE SUR LA SENSIBILISATION, LA COMMUNICATION ET LA MOBILISATION SOCIALE – 2006-2015 (EN MILLIONS DE US\$)

BESOINS DES PAYS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toutes les années	%Total
	Ensemble des régions	242	236	249	257	282	295	308	323	337	353	2 882
AFR prév. élevée	61	63	66	69	74	78	82	86	91	95	767	24%
AFR prév. faible	30	31	33	35	37	39	42	44	46	49	386	12%
EEUR	19	20	21	21	22	23	23	24	25	26	224	7%
EMR	33	31	32	33	34	36	38	40	42	44	365	11%
LAC	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	124	4%
SEAR	57	57	59	61	64	67	70	73	76	79	663	21%
WPR	30	23	26	26	38	39	41	42	44	45	353	11%
<b>BESOINS DES ORGANISMES INTERNATIONAUX</b>												
Assistance technique	2	2	3	4	3	2	2	2	3	3	27	1%
Soutien technique et stratégique	0,8	0,8	1,3	1,7	1,4	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	11	0%
Renforcement des capacités	1,2	1,2	1,9	2,6	2,0	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	16	1%
<b>Surveillance et évaluation</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>37</b>	<b>1%</b>
Impact	0,5	0,5	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	10	0,3%
Planification/mise en œuvre	2,0	2,1	2,1	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,5	2,6	23	0,7%
Suivi financier	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	3,4	0,01%
<b>Recherche opérationnelle et élaboration des politiques</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>49</b>	<b>2%</b>
<b>Réunions du Groupe de travail et des sous-groupes</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>0,6%</b>
<b>Action de sensibilisation au niveau mondial</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>194</b>	<b>6%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>263</b>	<b>260</b>	<b>278</b>	<b>291</b>	<b>318</b>	<b>330</b>	<b>345</b>	<b>360</b>	<b>374</b>	<b>391</b>	<b>3 208</b>	

## 10.5 Secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose : synthèse du plan stratégique 2006–2015

### Introduction

Le but du secrétariat est de veiller à ce que par la collaboration, le Partenariat ait sur la lutte antituberculeuse au niveau mondial un plus grand impact que l'action des partenaires pris individuellement.

### Perspective stratégique

Selon la perspective stratégique du secrétariat, la contribution pleine et active de tous les partenaires à la lutte contre la tuberculose et aux efforts de réduction de la pauvreté mènera à un monde sans tuberculose à l'horizon 2050. La mission du secrétariat est de renforcer l'autonomie de partenaires dans une action durable, de créer des synergies et de catalyser l'innovation afin d'atteindre les objectifs mondiaux de la lutte antituberculeuse que le Partenariat Halte à la tuberculose a fixés pour 2015, dans l'esprit des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le secrétariat joue le rôle de coordonnateur et d'intermédiaire pour les partenaires. Il stimule l'innovation, informe des progrès accomplis et se fait l'ambassadeur de l'initiative Halte à la tuberculose. Il n'agit pas en tant qu'administrateur de programme, ni en tant qu'organisme de financement ou organe de décision. Le secrétariat est implanté au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé.

### Objectifs

Le secrétariat s'est fixé huit objectifs précis pour la période 2006–2015 :

**Objectif 1 :** Promouvoir la responsabilité redditionnelle, la flexibilité et la coordination dans les activités de gestion des ressources du Partenariat.

**Objectif 2 :** Encourager la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015).

**Objectif 3 :** Assurer le bon fonctionnement, la croissance, le dynamisme et l'effet catalyseur du Service pharmaceutique mondial (GDF) pour la lutte antituberculeuse dans le monde.

**Objectif 4 :** Faciliter les relations avec les partenaires et entre eux, et renforcer l'alliance en trouvant des partenaires nouveaux ou potentiels.

**Objectif 5 :** Renforcer les compétences, les ressources et les capacités aux niveaux régional et national pour permettre le développement de partenariats fructueux.

**Objectif 6 :** Faire figurer la lutte antituberculeuse dans le programme de développement mondial tout en plaçant les approches favorables aux groupes démunis au cœur du combat contre cette maladie.

**Objectif 7 :** Faire en sorte que la lutte contre la tuberculose dépasse la portée et l'envergure des programmes traditionnels de lutte contre les maladies en catalysant de nouvelles possibilités et en favorisant la réalisation des buts et objectifs du Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015).

**Objectif 8 :** Suivre et évaluer l'efficacité du secrétariat et du Partenariat dans la mise œuvre du Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015).

### Activités

Pour parvenir à ces objectifs, le secrétariat a structuré ses activités autour de quatre axes principaux :

#### Ressources financières (objectifs 1 et 2)

Cibles pour 2015 :

- Renforcer la réputation du secrétariat dans l'optique d'une gestion responsable, flexible et bien coordonnée des ressources.
- Mobiliser les ressources nécessaires pour permettre la pleine mise en œuvre du Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015).

#### Responsabilité redditionnelle et gestion financière

De solides compétences en matière de gestion sont nécessaires pour relever le défi que constitue la prise en charge en tant qu'intermédiaire d'un volume toujours plus important de ressources. La mise en place du fonds fiduciaire du Partenariat, en particulier, sera fondamentale pour répondre aux besoins de financement des quatre axes essentiels d'activité du secrétariat. D'ici 2015, le fonds devrait avoir récolté un total de US\$ 500 millions. Le secrétariat devra rationaliser et normaliser en son sein et dans la structure du Partenariat, notamment dans les Groupes de travail, les modes de fonctionnement pour affecter les ressources disponibles en fonction des besoins des Groupes de travail, des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et des partenariats. Il appliquera des approches technologiques innovantes et interactives pour faciliter sa tâche de coordination et de gestion.

### Mobilisation des ressources

Le secrétariat n'est pas un organisme de financement. Il aura néanmoins pour but d'aider le Partenariat à mobiliser une part croissante des ressources nécessaires à la mise en œuvre complète du Plan mondial et ce, en exerçant une influence sur la politique des donateurs, en utilisant des approches innovantes et en gagnant une réputation solide assise sur la qualité de son travail. Les points de repère sont d'obtenir 10 % des besoins financiers du Plan mondial d'ici 2007, 25 % d'ici 2009, 50 % d'ici 2011 et 100 % d'ici 2015.

Un plan d'action pour les ressources à long terme assurera un engagement cohérent et efficace des donateurs. Le secrétariat s'occupera des donateurs existants mais il s'efforcera par ailleurs d'obtenir 10 % de ses revenus auprès de nouveaux donateurs d'ici 2011. Il établira des relations constructives avec le secteur privé, pour arriver à un ratio de financement public-privé de ses activités de 80/20 d'ici 2015. Il encouragera la mobilisation de ressources financières suffisantes pour accomplir ses fonctions, apportera un financement d'amorçage aux partenariats nationaux, offrira un soutien financier catalyseur aux Groupes de travail, et aidera à faire avancer des initiatives particulières telles que le GDF.

Le secrétariat accroîtra le volume des fonds disponibles pour l'assistance technique tout en jouant un rôle d'intermédiaire pour les avis techniques sur les propositions et la mobilisation de ressources destinées aux pays et aux partenaires, selon les besoins, – notamment en faveur de l'interaction avec des mécanismes financiers internationaux (tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme). Il mettra en place un système de suivi et d'alerte précoce pour informer les partenaires des possibilités de financement.

### **Accès aux antituberculeux (objectif 3)**

Cibles pour 2015 :

- Le GDF fournira un total cumulé de 25 millions de traitements curatifs par le biais de subventions et de services d'approvisionnement directs.
- Une aide pour l'accès à des antituberculeux de qualité et d'un coût abordable sera offerte à tous les pays qui en ont besoin.
- Le GDF encouragera le développement de marchés viables pour les produits antituberculeux autres que les médicaments de première intention.

### **Service pharmaceutique mondial (GDF)**

L'approvisionnement en médicaments est une ressource essentielle du Partenariat, à la base des hypothèses de travail du Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015). L'évolution du GDF vers une garantie de l'accès à des antituberculeux de qualité et d'un coût abordable pour tous les pays qui en ont besoin est par conséquent un aspect important de la perspective stratégique du secrétariat. D'ici 2007, l'approvisionnement en antituberculeux par le GDF atteindra l'objectif biennal concernant les traitements à fournir dans le monde entier, objectif défini par le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS.

Même si le but du GDF au sein du secrétariat restera la fourniture de traitements antituberculeux de première intention, le GDF élargira la gamme des produits disponibles dans son catalogue pour ajouter des trousseaux de diagnostic, des formes pédiatriques d'antituberculeux, des antituberculeux à dose unique pour les patients enregistrant des effets secondaires avec les associations à dose fixe actuellement disponibles, et des antituberculeux de seconde intention (après la fusion d'ici 2007 avec le Comité Feu Vert, mécanisme d'approvisionnement en antituberculeux de seconde intention à l'heure actuelle). En outre, étant donné le lien étroit qui existe entre la tuberculose et l'infection à VIH, le GDF sera prêt à fournir de manière harmonisée des traitements prophylactiques contre la co-infection TB/VIH d'ici 2007 et, d'ici 2009, des thérapies contre la co-infection, si elles voient le jour.

Au-delà, le GDF jouera un rôle plus actif dans le processus de soutien au développement et à la diversification de la concurrence sur les marchés antituberculeux nationaux et mondial. Il facilitera le processus de présélection des antituberculeux et élargira rapidement son service d'approvisionnement direct (dans lequel le développement et l'impact du Fonds mondial de lutte

contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme représenteront un facteur déterminant). Le but à plus long terme est de soutenir l'autosuffisance nationale et régionale en matière de gestion des médicaments par la mise en œuvre de la stratégie du GDF pour maintenir les acquis et la création d'un service d'assistance technique pour gérer le soutien des partenaires aux pays demandeurs. Le renforcement du GDF au niveau régional qui sera achevé d'ici 2007, facilitera le processus.

Lorsque les nouvelles technologies et les nouveaux outils de lutte contre la tuberculose deviendront disponibles à mi-parcours du calendrier du plan stratégique, le GDF prévoit de les intégrer dans l'ensemble des services offerts. Il devra négocier des tarifs préférentiels pour les nouvelles technologies et les nouveaux outils et, parallèlement, encourager l'assurance qualité pour ces derniers. Il contribuera ainsi à affirmer la réputation du Partenariat et du secrétariat en tant que fournisseurs de prestations de qualité et à bas coût pour la lutte antituberculeuse. D'ici 2011, les mécanismes du GDF seront prêts à intégrer de nouveaux médicaments et outils diagnostiques. D'ici 2015, les plans et modalités d'approvisionnement pour les nouveaux vaccins seront en place.

### **Partenariat et relations externes (objectifs 4, 5 et 6)**

Cibles pour 2015 :

- Un nombre et une proportion accrus de parties prenantes dans la lutte contre la tuberculose deviendront des partenaires actifs de l'initiative Halte à la tuberculose.
- Les compétences et les ressources seront disponibles aux niveaux régional et national pour mettre au point des partenariats fructueux de lutte contre la tuberculose.
- La lutte antituberculeuse sera mieux intégrée dans les activités mondiales et nationales de développement.
- Des approches favorables aux groupes démunis seront intégrées dans la lutte contre la tuberculose.
- Une «marque» unique Halte à la tuberculose sera acceptée et tous les partenaires en feront la promotion.

### **Partenariat et gouvernance**

Le secrétariat considère que des partenariats mondiaux, régionaux et locaux dynamiques peuvent présenter des avantages énormes pour les acteurs de la lutte antituberculeuse. Afin de tirer un avantage maximal d'un engagement dynamique plutôt que passif des partenaires, le secrétariat s'impliquera activement et assurera la coordination avec les Groupes de travail, les partenaires non traditionnels et les organisations non gouvernementales. Il renforcera également le groupe patients-experts de la tuberculose.

Le secrétariat apportera un soutien aux partenaires nationaux et régionaux pour renforcer la lutte contre la tuberculose au niveau local. Ces partenariats deviendront autosuffisants, c'est-à-dire qu'ils représenteront des entités indépendantes, responsables devant leurs propres membres et chapeautées par le Partenariat mondial et le Plan mondial Halte à la

tuberculose (2006–2015). Avec un financement d’amorçage et le soutien technique du secrétariat, 10 partenariats nationaux seront créés d’ici 2011 et 12 autres d’ici 2015. Le secrétariat suivra et évaluera l’efficacité de ces partenariats pour guider leur future orientation.

La structure de gouvernance du Partenariat Halte à la tuberculose est bien établie et largement approuvée. Compte tenu toutefois des objectifs ambitieux du Plan mondial, le secrétariat devra maximiser l’action stratégique des mécanismes de gouvernance conçus pour coordonner efficacement le Partenariat. Il organisera au moins trois réunions du Forum des partenaires au cours de la période 2006–2015. Il continuera également à organiser les réunions du Conseil de coordination au moins deux fois par an, ainsi que celles d’autres organes directeurs, selon les besoins, pour s’assurer que le mandat des partenaires est mis en œuvre.

Relations externes : sensibilisation et communication à l’échelle nationale

Le secrétariat vise à faire en sorte que la lutte contre la tuberculose reste une priorité auprès des gouvernements et de l’opinion publique dans le monde. Il catalysera des activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale concernant la tuberculose à tous les niveaux et encouragera le Partenariat Halte à la tuberculose à promouvoir l’innovation et le progrès. Le secrétariat développera l’influence du mouvement Halte à la tuberculose, engagera des défenseurs de la cause et gagnera de nouveaux donateurs et des partenaires non traditionnels dans le monde entier. A ce titre, le secrétariat soutiendra les groupes de travail et le GDF, et se fera l’ambassadeur d’une «marque» unique Halte à la tuberculose.

Le secrétariat apportera son appui au Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale dans sa promotion du Plan mondial en tant que document fonctionnel, et il renforcera les liens entre les efforts de sensibilisation et de mobilisation de ressources et l’intégration de la lutte antituberculeuse dans les programmes politiques et de développement. L’équipe du secrétariat du Partenariat fait actuellement office de secrétariat du Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale, mais sa fonction pourrait être transférée à un organisme partenaire d’ici 2009.

**Catalyser le changement et suivre les progrès (objectifs 7 et 8)**

Cibles pour 2015 :

- La lutte antituberculeuse dépassera le cadre de la lutte traditionnelle contre la maladie et figurera dans les programmes plus larges de développement sanitaire et socio-économique.
- Le secrétariat sera en mesure d’aider au rééquipement des partenaires ayant besoin d’assistance en vue de l’introduction de nouveaux produits et technologies.

- Les progrès par rapport aux repères, aux cibles et à l’impact du Plan mondial et les activités des Groupes de travail seront évalués et feront l’objet de rapports.

Catalyser le changement et l’innovation

Tous les partenaires doivent se sentir concernés par le Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015) du début à la fin. Le défi pour le secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose est de rendre plus accessible aux partenaires un flux de nouveaux produits et services à valeur ajoutée pour leur permettre de se rapprocher des objectifs du Plan mondial. Ce faisant, la lutte antituberculeuse, le Partenariat et le secrétariat conserveront leur dynamisme, resteront à la pointe du progrès et seront en mesure de réagir rapidement aux changements sociaux, politiques et épidémiologiques.

En garantissant un flux d’informations sur la nouvelle orientation politique et les initiatives et en amorçant le débat entre les partenaires sur des réponses coordonnées dépassant le cadre de la tuberculose, le secrétariat veillera à ce que les acteurs soient pleinement impliqués et jouissent d’une influence pour catalyser le changement. Il vise également à élargir les cercles d’influence pour le Partenariat Halte à la tuberculose au-delà des milieux sanitaires et médicaux.

Le secrétariat catalysera notamment le changement et le débat en faveur d’une amélioration de la lutte contre la tuberculose en participant à des programmes plus larges de renforcement du secteur de la santé et de réforme de son financement, et en abordant aussi d’autres questions de développement socio-économique (tels que la réduction de la pauvreté, l’équité, la problématique hommes-femmes, l’éducation, les droits humains, etc.). D’ici 2007, la tuberculose sera encore mieux intégrée aux programmes de renforcement des systèmes de santé à l’échelle mondiale et aux grands débats régionaux sur les questions de développement. Une perspective sexospécifique et une approche reposant sur les droits humains seront intégrées dans tous les principaux domaines d’activité du secrétariat, notamment la sensibilisation, la communication, la mobilisation des ressources, le renforcement des partenariats et l’assistance technique. D’ici 2009, le secrétariat contribuera à un guide sur l’intégration des approches reposant sur les droits humains dans la planification de la lutte antituberculeuse. D’ici 2011, il forgera des alliances stratégiques pour promouvoir les droits humains, l’équité et la prise en compte de la sexospécificité dans les programmes mondiaux de lutte contre la tuberculose et dans ses propres activités.

Le secrétariat fournira un soutien aux Groupes de travail pour promouvoir de nouvelles technologies adaptées aux patients et recensera les possibilités et ressources qui permettront à des projets innovants de voir le jour. D’ici 2009, il mettra sur pied un réseau d’assistance technique pour rééquiper ses services, les partenaires et pays clés en vue de l’introduction de nouvelles technologies. D’ici 2015, le secrétariat disposera

des compétences nécessaires pour aider à la mise en œuvre du prochain Plan mondial Halte à la tuberculose.

#### Suivi et évaluation

Le secrétariat détient un rôle fondamental : celui de suivre et d'évaluer le Partenariat et le Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015). Le secrétariat du Partenariat fera rapport au Forum des partenaires (tous les trois ans au moins) et au Conseil de coordination (chaque année) sur les progrès réalisés en vue des objectifs du Plan mondial. En coordination et en collaboration avec les Groupes de travail, il suivra et supervisera leurs apports et évaluera les progrès accomplis compte tenu des objectifs du Plan mondial. Il établira un rapport de situation pour chaque réunion du Forum des partenaires. De plus, en 2011, il contribuera à un examen à mi-parcours ainsi qu'à un rapport de situation. En 2015, il fournira un rapport final sur le Plan mondial Halte à la tuberculose (2006–2015) et contribuera à l'élaboration d'un nouveau Plan mondial pour la période suivante. L'objet de cette activité de suivi et d'évaluation est de permettre au secrétariat de proposer des révisions tactiques à valeur ajoutée qui donneront la possibilité aux partenaires de mettre en œuvre des solutions innovantes afin de s'approcher plus encore des objectifs du Plan mondial.

#### Facteurs de risque

Le secrétariat cherchera à atténuer autant que possible les risques potentiels ci-après qui pourraient mettre en péril la mise en œuvre de la stratégie exposée dans le plan. Il se pourrait en effet :

- Que la mobilisation des ressources soit insuffisante si les donateurs se tournent vers d'autres pathologies ou secteurs, en raison d'un contexte politique mondial défavorable à la lutte antituberculeuse.
- Que l'orientation stratégique adoptée par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, ou ses futures répercussions ou encore la réputation du Fonds mondial affectent le flux des financements mondiaux, avec des conséquences défavorables pour le GDF.
- Qu'un manque de responsabilité redditionnelle, un engagement passif des partenaires ou l'échec des partenariats nationaux ou régionaux indépendants sape la réputation du Partenariat Halte à la tuberculose.
- Que l'effectif de personnel du secrétariat soit instable ou insuffisant pour les tâches requises.
- Que les partenaires et acteurs soient hostiles à l'adoption et à la promotion de nouvelles idées et méthodes de travail de la part du secrétariat.

#### Besoins budgétaires du secrétariat du Partenariat 2006–2015

Selon les estimations, le secrétariat aura besoin de US\$ 519 millions pendant la période couverte par le Plan mondial pour mener à bien les activités exposées dans le plan stratégique.

La majeure partie de ce montant – quelque 87 % – viendra soutenir les activités du GDF, lequel exigera un financement d'environ US\$ 450 millions sur les dix années du Plan. La somme restante, US\$ 69 millions (13 %), sera nécessaire pour aider le secrétariat à mener toutes les autres activités mentionnées plus haut, notamment le financement d'amorçage de projets innovants et la gestion de l'appui apporté aux partenaires. Le Tableau 29 donne la ventilation des besoins budgétaires.

**TABLEAU 29** : BESOINS BUDGÉTAIRES DU SECRÉTARIAT DU PARTENARIAT, 2006–2015

ACTIVITÉS DU SECRÉTARIAT	Estimation du total des besoins budgétaires 2006–2015 (US\$)
Obligation redditionnelle et gestion financière	7 000 000
Mobilisation des ressources	8 000 000
Service pharmaceutique mondial (GDF) – achat des médicaments	425 000 000
Service pharmaceutique mondial (GDF) – marchés pharmaceutiques et gestion	25 000 000
Activités de renforcement du Partenariat	13 000 000
Gouvernance	5 000 000
Sensibilisation	10 000 000
Communication avec les pays	8 750 000
Coordination des Groupes de travail	5 000 000
Changement et innovation	6 500 000
Suivi et évaluation	6 000 000
<b>TOTAL</b>	<b>519 250 000</b>



# Redonner espoir

La relance des efforts mondiaux pour vaincre la tuberculose depuis le début des années 90 a redonné espoir. Auparavant, c'était un sentiment de découragement qui accompagnait la lutte contre de nombreuses maladies de la pauvreté, dont la tuberculose – considérée comme une fatalité. Les progrès notables enregistrés dans le combat contre cette maladie redonnent espoir à tous les partenaires alors même que débute la mise en œuvre du Plan.

Là où sévit la pauvreté, les communautés subissent depuis des générations le fléau de la tuberculose. Les mesures prévues dans le Plan Halte la tuberculose donneront aux millions de malades qui sont atteints de cette maladie et risquent d'en mourir des raisons d'espérer, et aux générations futures l'espoir que notre action leur épargnera les ravages provoqués par cette maladie.

Ce Plan est l'incarnation de cet espoir – l'espoir d'un monde sans tuberculose.



# Glossaire

**Abandon (du traitement)**

Arrêt prématuré du traitement.

**AFR prévalence élevée**

Région épidémiologique englobant des pays d'Afrique où la prévalence du VIH est élevée.

**AFR prévalence faible**

Région épidémiologique englobant des pays d'Afrique où la prévalence du VIH est faible.

**Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY)**

Mesure d'un écart de santé associant les années vécues avec une incapacité et le nombre d'années perdues par suite d'un décès prématuré.

**Approche pratique de la santé respiratoire (PAL)**

Approche symptomatologique globale de la prise en charge du patient présentant des symptômes respiratoires dans le cadre d'un système de soins de santé primaires.

**Approche public-privé pour DOTS**

Approche globale visant à associer tous les dispensateurs de soins de santé (publics et privés) à la prestation des services antituberculeux.

**Approche sectorielle**

Démarche par laquelle le financement d'un secteur (financement interne ou par des donateurs) soutient une politique et un programme de dépenses uniques sous la direction d'instances gouvernementales et selon des approches communes s'appliquant à tout le secteur.

**Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT)**

Programme de dépenses publiques pluriannuel utilisé pour présenter les besoins budgétaires futurs des services existants et pour évaluer les incidences financières des futurs changements de politiques et de tout nouveau programme.

**Comité Feu Vert**

Comité mis en place par le Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus de lutte contre la tuberculose multirésistante afin d'examiner les demandes de projets pilotes DOTS-Plus potentiels et de déterminer si ceux-ci sont conformes aux lignes directrices concernant l'accès aux antituberculeux de seconde intention à des prix préférentiels.

**Crédit à l'appui de la réduction de la pauvreté (CARP)**

Mécanisme d'appui à la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté dans un pays et au programme de réformes sociales, structurelles, institutionnelles et politiques qui lui est associé.

**Culture mycobactérienne**

Multiplication des mycobactéries dans un milieu de culture approprié en laboratoire.

**Service pharmaceutique mondial (GDF)**

Mécanisme mis en place à l'initiative du Partenariat mondial Halte à la tuberculose pour élargir l'accès à des médicaments antituberculeux de qualité et les rendre plus largement disponibles afin de faciliter l'extension mondiale de la stratégie DOTS.

**Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)**

Document qui expose les politiques et programmes macroéconomiques, structurels et sociaux d'un pays visant à favoriser la croissance et réduire la pauvreté, ainsi que les besoins en financement externe associés et les principales sources de financement. Ce document est exigé pour l'allègement de la dette dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE).

**Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme**

Organisme international de financement dans le domaine de la santé qui fournit un appui aux interventions de lutte contre trois maladies : le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

**Frottis négatif**

Résultat d'un examen microscopique de frottis d'expectoration révélant l'absence de bacilles de la tuberculose.

**Frottis positif**

Résultat d'un examen microscopique de frottis d'expectoration révélant la présence de bacilles de la tuberculose.

**Incidence**

Nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant au cours d'une période donnée dans une population déterminée.

**Infection tuberculeuse latente**

Présence dans le corps (d'ordinaire dans le poumon) de bacilles de la tuberculose à l'état quiescent. Ces bacilles n'entraînent aucun symptôme mais peuvent devenir actifs et déclencher la maladie.

**Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)**

Initiative lancée en 1996 par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international dans le cadre de laquelle les pays les plus pauvres et les plus endettés peuvent bénéficier d'un allègement de leur dette.

### **Mycobacterium tuberculosis**

Microorganisme (bacille) responsable de la tuberculose.

### **Normes internationales pour les soins antituberculeux**

Niveau de soins largement accepté que tous les praticiens devraient appliquer pour la prise en charge des malades tuberculeux ou des patients présentant des signes et des symptômes évocateurs de la tuberculose.

### **Objectifs du Millénaire pour le développement**

Cibles quantifiées assorties d'échéances visant différents aspects du développement, adoptées par les dirigeants du monde entier lors du Sommet du Millénaire en 2000.

### **Personne VIH-négative**

Personne chez laquelle les tests sanguins ont révélé l'absence d'anticorps anti-VIH.

### **Personne VIH-positive**

Personne chez laquelle les tests sanguins ont révélé la présence d'anticorps anti-VIH

### **Prévalence**

Nombre de cas d'une maladie dans une population déterminée à un moment donné.

### **Stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)**

Stratégie de lutte antituberculeuse recommandée par l'OMS (repose sur la recherche des cas et leur guérison et comporte cinq éléments). Elle est le précurseur et la base même de la stratégie Halte à la tuberculose.

### **Stratégie DOTS-Plus**

Adaptation de la stratégie DOTS afin de lutter contre la tuberculose multirésistante.

### **Stratégie Halte à la tuberculose**

Nouvelle stratégie de lutte antituberculeuse recommandée par l'OMS. Elaborée en 2006, elle englobe et va au-delà de la stratégie DOTS.

### **Stratégies de réduction de la pauvreté**

Principal instrument de planification nationale dans les pays à faible revenu et dans certains pays à revenu intermédiaire.

### **Test de dépistage du VIH**

Test sanguin de dépistage du VIH par la recherche d'anticorps anti-VIH.

### **Test de sensibilité aux antituberculeux**

Test sur une culture de *Mycobacterium tuberculosis* destiné à déterminer les antituberculeux efficaces contre l'échantillon considéré.

### **Thérapie antirétrovirale (traitement antirétroviral)**

Utilisation des médicaments (antirétroviraux) destinés au traitement de l'infection à VIH

### **Traitement préventif**

Traitement destiné à prévenir la maladie, par exemple administration d'isoniazide pour la prévention de la tuberculose.

### **Tuberculose extrapulmonaire**

Tuberculose affectant d'autres organes que les poumons.

### **Tuberculose liée au VIH**

Tuberculose survenant chez une personne infectée par le VIH.

### **Tuberculose multirésistante**

Tuberculose résistante à l'isoniazide et à la rifampicine (les deux antituberculeux les plus efficaces).

### **Tuberculose pulmonaire**

Infection tuberculeuse des poumons.

### **TB-VIH**

Interaction entre les épidémies de tuberculose et de VIH (est également utilisé pour la co-infection TB/VIH).

# Pays par région épidémiologique de la tuberculose

On trouvera dans la présente annexe la liste des pays et territoires de chacune des huit régions épidémiologiques de la tuberculose : 1) Afrique, prévalence du VIH élevée (AFR-prévalence élevée) ; 2) Afrique, prévalence du VIH faible (AFR-prévalence faible) ; 3) Région des Amériques (AMR) – pays d'Amérique latine (LAC) ; 4) Région de l'Europe orientale (EEUR) ; 5) Région de la Méditerranée orientale (EMR) ; 6) Economies de marché établies (EME) et Europe centrale (CEUR) ; 7) Région de l'Asie du Sud-Est (SEAR) et 8) Région du Pacifique occidental (WPR).

## 1) Afrique, Prévalence du VIH élevée (AFR-prévalence élevée)

- Afrique du Sud
- Botswana
- Burundi
- Cameroun
- Congo
- Côte d'Ivoire
- Ethiopie
- Gabon
- Kenya
- Lesotho
- Malawi
- Mozambique
- Namibie
- Nigéria
- Ouganda
- République centrafricaine
- République démocratique du Congo
- République-Unie de Tanzanie
- Rwanda
- Swaziland
- Zambie
- Zimbabwe

## 2) Afrique, prévalence du VIH faible (AFR-prévalence faible)

- Algérie
- Angola
- Bénin
- Burkina Faso
- Cap-Vert
- Comores
- Erythrée
- Gambie
- Ghana
- Guinée
- Guinée-Bissau
- Guinée équatoriale
- Libéria
- Madagascar
- Mali
- Maurice
- Mauritanie
- Niger
- Sao Tomé-et-Principe
- Sénégal
- Seychelles
- Sierra Leone
- Tchad
- Togo

## 3) Région des Amériques (AMR) – pays d'Amérique latine (LAC)

- Anguilla
- Antilles néerlandaises
- Antigua-et-Barbuda
- Argentine
- Bahamas
- Barbade
- Belize
- Bermudes
- Bolivie
- Brésil
- Chili
- Colombie
- Costa Rica
- Cuba
- Dominique
- El Salvador
- Equateur
- Grenade
- Guatemala
- Guyana
- Haïti
- Honduras
- Îles Caïmans
- Îles Turks et Caïques
- Îles Vierges américaines
- Îles Vierges britanniques
- Jamaïque
- Mexique
- Montserrat
- Nicaragua
- Panama
- Paraguay
- Pérou
- Puerto Rico
- République dominicaine
- Sainte-Lucie
- Saint-Kitts-et-Nevis
- Saint-Vincent-et-les-Grenadines
- Suriname
- Trinité-et-Tobago
- Uruguay
- Venezuela

## 4) Europe orientale (EEUR)

- Arménie
- Azerbaïdjan
- Belarus
- Bulgarie
- Estonie
- Fédération de Russie
- Géorgie
- Kazakhstan
- Kirghizstan
- Lettonie
- Lituanie
- Ouzbékistan
- République de Moldova
- Roumanie
- Tadjikistan
- Turkménistan
- Turquie
- Ukraine

## 5) Méditerranée orientale (EMR)

- Afghanistan
- Arabie saoudite
- Bahreïn
- Cisjordanie et Bande de Gaza
- Djibouti
- Égypte
- Émirats arabes unis
- Iraq
- Jamahiriya arabe libyenne
- Jordanie
- Koweït
- Liban
- Maroc
- Oman
- Pakistan
- Qatar
- République arabe syrienne
- République islamique d'Iran
- Somalie
- Soudan
- Tunisie
- Yémen

## 6) Économies de marché établies (EME)

- Allemagne
- Danemark
- Irlande
- Malte
- Saint-Marin
- Andorre
- Espagne
- Islande
- Monaco
- Singapour
- Australie
- États-Unis d'Amérique
- Israël
- Norvège
- Suède
- Autriche
- Finlande
- Italie
- Nouvelle-Zélande
- Suisse
- Belgique
- France
- Japon
- Pays-Bas
- Canada
- Grèce
- Luxembourg
- Portugal

## et Europe centrale (CEUR)

- Ancienne République yougoslave de Macédoine
- Albanie
- Croatie
- Slovaquie
- Bosnie et Herzégovine
- Hongrie
- Slovénie
- Chypre
- Pologne
- Yougoslavie

## 7) Asie du Sud-Est (SEAR)

- Bangladesh
- Maldives
- République démocratique populaire de Corée
- Thaïlande
- Bhoutan
- Myanmar
- Sri Lanka
- Inde
- Népal
- Timor-Leste
- Indonésie

## 8) Pacifique occidental (WPR)

- Brunei Darussalam
- Îles Cook
- Mongolie
- Polynésie française
- Tonga
- Cambodge
- Îles Marianne du Nord
- Nauru
- République de Corée
- Tuvalu
- Chine
- Îles Marshall
- Niue
- République de Vanuatu
- Vanuatu
- Chine, Hong Kong RAS
- Îles Salomon
- Nouvelle-Calédonie
- République démocratique populaire lao
- Viet Nam
- Chine, Macao RAS
- Îles Wallis et Futuna
- Palau
- Samoa
- Kiribati
- Papouasie-Nouvelle-Guinée
- Samoa américaine
- Fiji
- Malaisie
- Philippines
- Tokelau
- Guam
- Micronésie

## Les 22 pays durement touchés par la tuberculose, 2005

- Afghanistan
- Chine
- Kenya
- Pakistan
- République-Unie de Tanzanie
- Afrique du Sud
- Ethiopie
- Mozambique
- Philippines
- Bangladesh
- Fédération de Russie
- Myanmar
- République démocratique du Congo
- Thaïlande
- Brésil
- Inde
- Nigeria
- Viet Nam
- Cambodge
- Indonésie
- Ouganda
- Zimbabwe

# Notes

- <sup>1</sup> La prévalence d'une maladie est le nombre de cas de cette maladie dans une population déterminée à un moment donné alors que l'incidence est le nombre de nouveaux cas survenant au cours d'une période donnée dans une population déterminée. Le taux de prévalence et le taux d'incidence sont souvent exprimés en nombre de cas pour 100 000 habitants.
- <sup>2</sup> Azerbaïdjan, Bolivie, Costa Rica, Egypte, El Salvador, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Haïti, Honduras, Inde, Jordanie, Kenya, Kirghizistan, Lettonie, Liban, Malawi, Mexique, Népal, Nicaragua, Ouzbékistan, Pérou, Philippines, République arabe syrienne, République de Moldova, Roumanie, Tunisie.
- <sup>3</sup> Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH ; Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/VIH ; Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities (en anglais) ; Guidelines for HIV surveillance among TB patients (en anglais) ; A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (en anglais) (documents téléchargeables sur le site [www.who.int/tb/publications/2005/en/](http://www.who.int/tb/publications/2005/en/))
- <sup>4</sup> Les données les plus récentes (concernant essentiellement l'année 2003) et les résultats disponibles sont tirés du rapport Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing, WHO Report 2005, (en anglais), résumé disponible en français, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHO/HTM/TB/2005.349). Le Partenariat Halte à la tuberculose remercie les auteurs et l'OMS.
- <sup>5</sup> A l'Annexe 2 figure la liste des pays par région épidémiologique.
- <sup>6</sup> Selon la définition de l'OMS, l'Europe orientale regroupe les pays suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Belarus, Bulgarie, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine.
- <sup>7</sup> Les Normes internationales pour les soins antituberculeux décrivent un niveau de soins largement accepté que tous les praticiens, publics et privés, devraient appliquer pour la prise en charge de malades tuberculeux ou de patients présentant des symptômes et des signes évocateurs de la tuberculose : un diagnostic exact doit être posé rapidement ; des schémas thérapeutiques normalisés d'efficacité avérée, doivent être utilisés, accompagnés d'un soutien et d'un encadrement de traitement ; la réaction au traitement doit faire l'objet d'un suivi ; enfin les responsabilités essentielles en santé publique doivent être assumées. Un diagnostic exact et rapide et un traitement efficace ne sont pas seulement essentiels pour bien soigner les patients, ils constituent le fondement même de la lutte antituberculeuse. Des soins de mauvaise qualité auront pour le malade des effets thérapeutiques négatifs et contribueront à maintenir un état infectieux d'où le risque de transmission aux membres de la famille et de l'entourage, et éventuellement l'apparition d'une résistance aux médicaments.
- <sup>8</sup> Organisation mondiale de la Santé, Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Résolution WHA58.14. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- <sup>9</sup> Objectifs du Millénaire pour le développement. L'objectif 6, cible 8 – "avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle – a deux indicateurs pour la tuberculose : l'indicateur 23 : taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie, et l'indicateur 24 : proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) (stratégie de lutte antituberculeuse recommandée sur le plan international).
- <sup>10</sup> OMS et Comité International de la Croix-Rouge. TB control in prisons: a manual for programme managers. Genève, OMS 2000 (WHO/CDS/TB/2000.281) (disponible en anglais, espagnol et russe).
- <sup>11</sup> Engaging all health care providers in TB control – guidance on implementing public-private mix approaches. WHO/HTM/TB/2006.360. Genève, OMS, 2006.
- <sup>12</sup> Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, Genève, OMS, 2005 ([www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/index.html)).
- <sup>13</sup> Le rapport annuel de l'OMS, Global tuberculosis Control (2005)(en anglais, résumé en français) indique les principaux partenaires de la coopération technique dans les pays les plus touchés par la tuberculose.

- <sup>14</sup> L'alignement vise à faire concorder les politiques, procédures, systèmes et cycles des donateurs (notamment les partenariats mondiaux pour la santé tels que Halte à la tuberculose) avec ceux des pays bénéficiant d'un appui ; l'harmonisation vise à rationaliser et coordonner les approches des donateurs.
- <sup>15</sup> Habitat (ONU). The Challenge of slums : global report on human settlements. Nairobi, Programme des Nations Unies pour les Etablissements humains, 2003 (en anglais).
- <sup>16</sup> Lönnroth K, Zignol M, Uplekar M. Controlling TB in large metropolitan settings. In: Raviglione M, Lambregts van Weezenbeek K, eds. Tuberculosis: a comprehensive international approach. (en anglais, sous presse).
- <sup>17</sup> Hanson CL. Tuberculosis, poverty and inequity: a review of the literature and discussion of issues, Genève, Partenariat Halte à la tuberculose Organisation mondiale de la Santé, 2002 (en anglais).
- <sup>18</sup> Nhlema B et al. A systematic analysis of TB and poverty. Genève, Partenariat Halte à la tuberculose, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (en anglais).
- <sup>19</sup> Addressing poverty in TB control. Options for national TB control programmes. Genève, OMS, 2005 (WHO/HTM/TB/2005.352) (en anglais).
- <sup>20</sup> Addressing poverty in TB control. Options for national TB control programmes. Genève, OMS, 2005 (WHO/HTM/TB/2005.352) (en anglais).
- <sup>21</sup> Le Groupe de travail sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale apportera également son soutien à cette étape.
- <sup>22</sup> Borgdorff MW et al. Genre et tuberculose : une comparaison entre les enquêtes de prévalence et les données de déclaration pour explorer les différences entre sexes dans la détection des cas. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2000, 4(2): 123-132.
- <sup>23</sup> Les années de vie ajustées sur l'incapacité ou DALY sont un indicateur de la charge de morbidité qui élargit la notion d'années de vie potentielles perdues en raison d'une mort prématurée pour inclure les années équivalentes de vie en bonne santé perdues en raison d'un mauvais état de santé ou d'une incapacité. Les DALY associent en une seule mesure les années vécues avec une incapacité et les années perdues en raison d'une mort prématurée. Une DALY peut être considérée comme une année de vie en bonne santé perdue.
- <sup>24</sup> Salomon J, Getz W. Prospects for advancing tuberculosis control efforts through novel therapies. In: UN Millennium Project Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB, and Access to Essential Medicines, Investing in strategies to reverse the global incidence of TB. Londres, Earthscan, 2005.
- <sup>25</sup> A l'annexe 2 figure la liste des pays et territoires dans chacune des huit régions épidémiologiques de la tuberculose.
- <sup>26</sup> Pays de la Région Afrique à prévalence du VIH élevée : Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gabon, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie, Zimbabwe.
- <sup>27</sup> Pour l'OMS les pays de la région qui sont durement touchés par la tuberculose sont ceux où l'incidence estimative est supérieure à 50 pour 100 000 habitants. A eux deux le Brésil et le Pérou notifient environ la moitié des cas de la région.
- <sup>28</sup> Institute of Medicine. Ending neglect: the elimination of tuberculosis in the United States, Washington DC, National Academy Press, 2000 (en anglais).
- <sup>29</sup> Department of Health. Stopping tuberculosis in England. Londres, Department of Health Publications, 2004 (publication du Ministère de la Santé, en anglais).
- <sup>30</sup> Cantwell MF, Snider DE Jr, Cauthen GM, Onorato IM. Epidemiology of tuberculosis in the United States, 1985 through 1992. Journal of the American Medical Association, 1994, 272: 535-539.

- 
- <sup>31</sup> Frieden TR, Fujiwara PL, Washko RM, Hamburg MA. Tuberculosis in New York City: turning the tide. *New England Journal of Medicine*, 1995, 333: 229-33.
- <sup>32</sup> Raviglione MC et al. Secular trends of tuberculosis in Western Europe. [Les tendances séculaires de la tuberculose en Europe occidentale] *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1993, 71: 297-306 (résumé en français).
- <sup>33</sup> Rieder HL et al. Tuberculosis control in Europe and international migration. Report of European Task Force. *European Respiratory Journal*, 1994, 7: 1545-1553.
- <sup>34</sup> EuroTB. Surveillance of tuberculosis in Europe – Euro TB. Report on tuberculosis cases notified in 2002, Saint-Maurice (France), décembre 2004 (en anglais).
- <sup>35</sup> Raviglione MC et al. Tuberculosis – Western Europe, 1974-1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993, 42:628-31.
- <sup>36</sup> Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA. Surveillance du VIH/SIDA en Europe : Rapport semestriel, N° 46, 30 juin 1995 (rapport bilingue anglais-français).
- <sup>37</sup> Raviglione MC, Snider D, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of a worldwide epidemic. *Journal of the American Medical Association*, 1995; 273 (3): 220-226.
- <sup>38</sup> Granich R, Oh P, Lewis B, Porco TC, Flood J. Multidrug-resistance among persons with tuberculosis in California, 1994-2003. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293: 2732-9.
- <sup>39</sup> Schwartzman K et al. Domestic returns from investment in the control of tuberculosis in other countries. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353: 32-44.
- <sup>40</sup> Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. Genève, OMS, 1999 (WHO/TB/99.269); et Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, Genève, OMS, 2006.
- <sup>41</sup> OMS et Comité international de la Croix-Rouge (CICR). TB control in prisons: a manual for programme managers. Genève, 2000 (WHO/CDS/TB/ 2000.281) (disponible en anglais, espagnol et russe).
- <sup>42</sup> Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, Genève, OMS, 2005 ([www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/index.htm](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/index.htm)).
- <sup>43</sup> Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH, Genève, OMS, 2005 ([www.who.int/tb/publications/tbhiv\\_interim\\_policy/en/index.htm](http://www.who.int/tb/publications/tbhiv_interim_policy/en/index.htm)).
- <sup>44</sup> Organisation mondiale de la Santé. A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2004 (WHO/HTM/TB/2004.342 and WHO/HIV/2004.09).
- <sup>45</sup> Hypothèses de la simulation : période de 5 ans nécessaire pour atteindre une couverture finale de 80 % ; efficacité de 80 % chez les individus immunocompétents et de 40 % chez les sujet VIH-positifs ; durée de l'immunité de 10 ans ; prévalence stable des bacilles multirésistants et du VIH selon les valeurs actuelles.









