



Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2016

Résumé d'orientation

CONTEXTE

L'Organisation des Nations Unies a adopté en 2015 les objectifs de développement durable (ODD) pour 2030. Une des cibles des ODD consiste à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. La Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014 appelle à réduire de 90 % le nombre de décès par tuberculose et de 80 % le taux d'incidence de la maladie d'ici à 2030, par rapport à 2015.

Le présent rapport mondial sur la tuberculose est le premier rapport de ce type établi durant l'ère des ODD et de la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose. Il fournit une évaluation de l'épidémie de tuberculose et des progrès accomplis en matière de diagnostic, de traitement et de prévention de la maladie ainsi qu'un aperçu du financement et de la recherche propres à la tuberculose. Le rapport examine également le programme plus large de la couverture sanitaire universelle, la protection sociale et d'autres ODD qui ont un impact sur la santé. Les données étaient disponibles pour 202 pays et territoires représentant plus de 99 % de la population mondiale et des cas de tuberculose.

PRINCIPALES CONCLUSIONS ET PRINCIPAUX MESSAGES

Situation de l'épidémie de tuberculose et crise de la tuberculose multirésistante

L'épidémie de tuberculose est plus importante que précédemment estimée, reflétant les nouvelles données de surveillance et d'enquête provenant de l'Inde. Toutefois, le nombre de décès dus à la tuberculose ainsi que le taux d'incidence de la maladie continuent de baisser à l'échelle mondiale et en Inde.

En 2015, on estimait à 10,4 millions le nombre de nouveaux cas (incidents) de tuberculose dans le monde, dont 5,9 millions (56 %) chez les hommes, 3,5 millions (34 %) chez les femmes et 1 million (10 %) chez les enfants. Les personnes vivant avec le VIH représentaient 1,2 million (11 %) sur l'ensemble des nouveaux cas de tuberculose.

Six pays représentaient 60 % des nouveaux cas : l'Inde, l'Indonésie, la Chine, le Nigéria, le Pakistan et l'Afrique du Sud.ⁱ Les progrès accomplis à l'échelle mondiale sont tributaires des avancées majeures en matière de prévention et de soins de la tuberculose dans ces pays. Dans le monde entier, le rythme de diminution de l'incidence de la tuberculose est resté à seulement 1,5 % de 2014 à 2015. Il faut accélérer la tendance pour parvenir à une réduction annuelle de 4 % à 5 % d'ici à 2020 et atteindre les premiers jalons de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose.

En 2015, on estime que 480 000 personnes ont développé une tuberculose multirésistante (MR) et 100 000 autres ont développé une tuberculose résistante à la rifampicine et ces dernières étaient également de nouvelles personnes remplissant les conditions pour un traitement de la tuberculose-MR.ⁱⁱ L'Inde, la Chine et la Fédération de Russie représentaient 45 % du total de 580 000 cas.

Selon les estimations, 1,4 million de décès en 2015 étaient dus à la tuberculose et 0,4 million de décès supplémentaires concernaient les cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.ⁱⁱⁱ Bien que le

nombre de décès par tuberculose ait baissé de 22 % entre 2000 et 2015, la tuberculose demeure l'une des 10 principales causes de décès dans le monde en 2015.

Résultats en matière de prévention et de soins de la tuberculose

Le traitement contre la tuberculose a permis d'éviter 49 millions de décès dans le monde entre 2000 et 2015, mais il subsiste d'importantes lacunes en matière de diagnostic et de traitement.

En 2015, 6,1 millions de nouveaux cas de tuberculose ont été notifiés aux autorités nationales et signalés à l'OMS. Le nombre de cas de tuberculose notifiés a augmenté entre 2013 et 2015, dû principalement à une hausse de 34 % du nombre de notifications en Inde. Toutefois, à l'échelle mondiale, on constate un écart de 4,3 millions de cas^{iv} entre les cas incidents et les cas notifiés ; l'Inde, l'Indonésie et le Nigéria représentant près de la moitié de cet écart.^v

La crise de dépistage et du traitement de la tuberculose MR se poursuit. En 2015, on estime que sur 580 000 personnes remplissant les conditions pour un traitement de la tuberculose-MR, seules 125 000 (20 %) ont été enregistrées. Cinq pays représentent plus de 60 % de cet écart, à savoir l'Inde, la Chine, la Fédération de Russie, l'Indonésie et le Nigéria.^v À l'échelle mondiale, le taux de succès thérapeutique était de 52 % en 2013.^{vi}

En 2015, 55 % des patients tuberculeux notifiés pouvaient présenter les résultats d'un test de dépistage du VIH. Soixante-dix-huit pour cent (78 %) des sujets tuberculeux VIH-positifs étaient sous traitement antirétroviral.

Il faut élargir l'accès au traitement préventif contre la tuberculose. Un total de 910 000 personnes vivant avec le VIH avaient entamé un traitement en 2015, ainsi que 87 000 enfants de moins de cinq ans (soit 7 % des patients répondant aux critères pour bénéficier d'un traitement).

Financement de la lutte contre la tuberculose, couverture sanitaire universelle, protection sociale et déterminants sociaux

En 2016, US \$6,6 milliards étaient destinés au financement de la prévention et des soins de la tuberculose dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dont 84 % provenaient de sources intérieures. Néanmoins, près de 90 % du financement des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans les pays à revenu faible ou intermédiaire proviennent des donateurs internationaux. Les investissements dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont en deçà des US \$8,3 milliards nécessaires en 2016, soit un écart de US \$2 milliards. Cet écart annuel s'agrandira et atteindra US \$6 milliards en 2020 si les niveaux actuels de financement n'augmentent pas.

Des améliorations sont nécessaires dans l'ensemble du financement de la santé. Les dépenses publiques consacrées à la santé en 2014 étaient inférieures à la valeur de référence de l'OMS d'au moins 6 % du produit intérieur brut (PIB) consacré à la santé dans 150 pays. Les dépenses directes dépassaient 45 % des dépenses de santé totales dans 46 pays, notamment 11 des 30 pays à forte charge de tuberculose.

Recherche-développement en matière de tuberculose

Malgré quelques progrès accomplis en ce qui concerne les nouveaux outils de diagnostic, les médicaments et schémas thérapeutiques en cours de développement, la recherche-développement demeure grandement sous-financée.

AUTRES POINTS SAILLANTS DU RAPPORT

Une nouvelle ère en matière de surveillance mondiale de la tuberculose

La Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose comprend trois indicateurs de haut niveau, à savoir : le taux d'incidence de la maladie, le nombre absolu de décès imputables à la tuberculose et le pourcentage de patients atteints de tuberculose et leur famille qui font face à des dépenses de santé catastrophiques en raison de la maladie. Des cibles pour ces indicateurs ont été fixées pour 2030 et 2035 et des jalons connexes posés pour 2020 et 2025.

Les jalons posés pour 2020 de la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose consistent à réduire de 35 % le nombre absolu de décès dus à la tuberculose et de 20 % le taux d'incidence de la tuberculose, par rapport aux niveaux de 2015 et à faire en sorte qu'aucune famille ne supporte des coûts catastrophiques liés à la tuberculose.

L'OMS a défini trois listes de pays à forte charge pour la période 2016-2020, pour la tuberculose, la co-infection VIH/tuberculose et la tuberculose MR. Chaque liste comprend 30 pays.

Charge de morbidité de la tuberculose

La révision à la hausse des estimations de la charge de la maladie en Inde pour la période 2000-2015 fait suite aux données accumulées indiquant que les estimations précédentes étaient trop faibles. Les données proviennent d'enquêtes sur les ménages, d'une enquête sur la prévalence de la tuberculose à l'échelle de l'état, d'études sur les ventes de médicaments antituberculeux dans le secteur privé, de données de notification et de nouvelles analyses des données sur la mortalité. Étant donné que l'Inde représente plus d'un quart des cas de tuberculose et de décès dus à la maladie dans le monde, cette révision a eu une grande incidence sur les estimations mondiales. Les estimations pour l'Inde sont considérées comme temporaires, dans l'attente d'une étude nationale sur la prévalence de la tuberculose prévue en 2017-2018.

La proportion de patients atteints de tuberculose vivant avec le VIH était la plus élevée dans la Région africaine de l'OMS (31 %) et dépassait 50 % en Afrique australe.

Outre l'accélération de la baisse annuelle de l'incidence de la tuberculose, pour atteindre le jalon posé pour 2020 consistant à réduire de 35 % les décès dus à la tuberculose, il faut réduire la proportion mondiale de personnes atteintes de tuberculose qui en meurent (taux de létalité), passant de 17 % en 2015 à 10 % en 2020.

En 2015, le taux de létalité variait, de moins de 5 % dans certains pays à plus de 20 % dans la plupart des pays de la Région africaine. Ces données montrent que de grandes inégalités existent entre les pays en matière d'accès au diagnostic et au traitement de la tuberculose et il faut y remédier. Si chaque patient atteint de tuberculose bénéficiait d'un diagnostic rapide et d'un traitement de haute qualité, le taux de létalité serait faible dans l'ensemble des pays.

Des systèmes nationaux de notification et d'enregistrement des faits d'état civil (avec un codage standard des causes de décès) à forte couverture et de haute qualité sont nécessaires dans tous les pays. Dans l'attente de la mise en place de tels systèmes, les enquêtes sur la prévalence de la tuberculose continueront de fournir la meilleure méthode pour évaluer directement la charge de morbidité et identifier les mesures nécessaires pour réduire cette charge dans un sous-groupe important de pays. Ces dernières années, des progrès considérables ont été accomplis dans la réalisation de telles enquêtes, en effet 22 enquêtes ont été menées entre 2009 et août 2016.

Diagnostic et traitement : tuberculose, tuberculose associée au VIH et tuberculose pharmacorésistante

Le rapport hommes/femmes mondial en matière de notifications était de 1,7, variant de 1 au Pakistan à 3,1 au Viet Nam, parmi les 30 pays à forte charge de tuberculose. Les résultats des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose chez l'adulte montrent des rapports hommes/femmes plus élevés, indiquant que les données de notification des cas minimisent la part que comptent les hommes dans la charge de la

tuberculose dans certains pays. À l'échelle mondiale, les enfants (âgés de moins de 15 ans) représentaient 6,3 % des nouveaux cas notifiés en 2015.

En 2015, sur les 3,4 millions de nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés et précédemment traités qui ont été notifiés dans le monde, 30 % avaient effectué un test de pharmacosensibilité à la rifampicine, la couverture étant de 24 % pour les nouveaux patients atteints de tuberculose et de 53 % pour les patients précédemment traités.

Le seul test de diagnostic rapide recommandé par l'OMS et actuellement disponible pour le dépistage de la tuberculose et de la résistance à la rifampicine est le Xpert MTB/RIF[®]. Sur les 48 pays, dans au moins une des nouvelles listes de pays à forte charge, 15 ont adopté des algorithmes nationaux plaçant le test Xpert MTB/RIF comme le test de diagnostic initial pour toute les personnes présentant des signes et des symptômes de tuberculose pulmonaire, avant la fin 2015. Ces pays représentaient 10 % du nombre estimé de cas incidents dans le monde en 2015.

En 2015, l'écart de 4,3 millions entre la notification de nouveaux cas et le nombre estimé de cas incidents^{iv} reflète à la fois une sous-notification des cas de tuberculose détectés (particulièrement dans les pays où le secteur privé est vaste) et un sous-diagnostic (en particulier dans les pays où il existe des obstacles géographiques et financiers considérables à l'accès aux soins). Dix pays représentaient 77 % de l'écart estimé total, à savoir : l'Inde, l'Indonésie, le Nigéria, le Pakistan, l'Afrique du Sud, le Bangladesh, la République démocratique du Congo, la Chine, la République-unie de Tanzanie et le Mozambique.^v

Dans la Région africaine où la charge de la tuberculose associée au VIH est la plus forte, 81 % des patients atteints de tuberculose notifiés pouvaient présenter les résultats d'un test de dépistage du VIH. La proportion de patients atteints de tuberculose dont on sait qu'ils sont VIH-positifs et qui sont sous traitement antirétroviral était supérieure à 90 % en Inde, au Kenya, au Malawi, au Mozambique, en Namibie et au Swaziland.

Les données les plus récentes concernant l'issue thérapeutique montrent un taux de succès thérapeutiques de 83% pour les cas de tuberculose (cohorte de cas en 2014), 52 % pour la tuberculose MR (cohorte de cas en 2013) et 28 % pour la tuberculose ultrarésistante (UR ; cohorte de cas en 2013).

Au moins 23 pays d'Afrique et d'Asie ont introduit des schémas thérapeutiques plus courts pour le traitement de tuberculose-MR ou de la tuberculose UR. Ces schémas thérapeutiques ont permis d'atteindre des taux élevés de succès thérapeutiques (87 % à 90%) dans un contexte de recherche opérationnelle. L'OMS recommande un schéma thérapeutique standardisé de 9 à 12 mois pour tous les patients (à l'exception des femmes enceintes) atteints de tuberculose pulmonaire MR ou UR non résistante aux médicaments de deuxième intention.

Dans le cadre des efforts visant à améliorer les issues thérapeutiques pour la tuberculose MR/UR, au moins 70 pays ont commencé à utiliser la bédaquiline et 39 pays ont introduit la délamanide avant la fin 2015.

Services de prévention de la tuberculose

L'Afrique du Sud représentait la plus importante proportion (45 %) de personnes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement préventif pour une infection tuberculeuse latente en 2015, suivie du Malawi, du Mozambique et du Kenya. Dix pays ont rapporté des données pour la première fois, notamment le Kenya. En dépit de ces progrès accomplis, sur les 30 pays à forte charge de tuberculose et de VIH, 21 n'ont pas communiqué de données.

Le taux de notification de cas de tuberculose chez les agents de santé par rapport au taux de notification de cas de tuberculose dans la population adulte générale est un bon indicateur de l'impact de la lutte contre l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé. Dans 16 pays, le nombre de cas de tuberculose pour 100 000 agents de santé représentait plus du double du taux de notification dans la population adulte générale en 2015.

Le vaccin BCG devrait être administré dans le cadre des programmes nationaux de vaccination des enfants, en fonction de l'épidémiologie de la tuberculose dans le pays. En 2015, 163 pays ont indiqué qu'ils administraient le vaccin BCG dans le cadre ordinaire de ces programmes ; 102 pays indiquaient une couverture par la vaccination supérieure à 90 %.

Couverture sanitaire universelle, protection sociale et prise en compte des déterminants sociaux : conséquences en matière de lutte contre la tuberculose

Dans certains pays à forte charge de morbidité tuberculeuse, de nouveaux systèmes de financement de la santé, notamment les systèmes d'assurance-maladie nationaux, pourraient entraîner des réductions importantes des dépenses directes des populations à faible revenu. La Thaïlande ainsi que d'autres pays de la Région des Amériques sont de bons exemples de pays pionniers dans ce domaine.

Le fait de tirer parti d'approches déjà existantes de la participation du secteur privé dans les soins de la tuberculose pourrait permettre de se pencher sur le secteur privé actuellement en progression dans le domaine de la prestation de soins, en particulier en Asie. Il s'agit de l'association d'incitations pour les prestataires de services, d'une réglementation et de l'application d'intermédiaires institutionnels novateurs et de technologies de la communication. De tels leviers peuvent permettre d'assurer la qualité des services fournis.

On peut faire progresser la protection sociale par de meilleurs modèles de soins et de bénéfices sociaux. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont financé le soutien social et économique aux patients atteints de tuberculose, mais ces dispositifs de soutien doivent être mieux étayés et évalués. Pour obtenir un impact global et assurer la durabilité, l'utilisation des systèmes de protection sociale nationaux constitue une priorité.

Les enquêtes initiales nationales recommandées par l'OMS sont en cours afin d'évaluer la nature et l'ampleur des coûts pour les patients atteints de tuberculose, et pour améliorer en conséquence la prestation de services et la protection sociale. Une enquête nationale a été réalisée en 2015, huit ont débuté en 2016 et 10 sont prévues pour 2017-2018.

Les données disponibles sur les liens entre l'action visant à mettre fin à la tuberculose et l'action pour mettre un terme à la pauvreté doivent être utilisées pour plaider en faveur de l'élimination de la pauvreté et de l'application de mesures sur les facteurs de risque associés telles que la prévention des maladies non transmissibles, la sécurité sanitaire des aliments et le logement.

Financement de la lutte contre la tuberculose

Les pays du groupe BRICS (le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud), qui collectivement représentent environ 50 % des cas de tuberculose dans le monde, s'appuient essentiellement ou exclusivement (à l'exception de l'Inde) sur le financement intérieur.

Dans les autres pays à forte charge, le financement des donateurs internationaux domine, représentant 75 % du financement rapporté pour les programmes nationaux de lutte antituberculeuse dans le groupe des 25 pays à forte charge en dehors des BRICS ; 87 % du financement dans les pays à revenu faible et ; 60 % du financement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. La plus grande source de financement par des donateurs internationaux est le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Les fonds fournis par les donateurs internationaux pour la lutte contre la tuberculose sont loin d'atteindre les contributions des donateurs pour la lutte contre le VIH ou le paludisme. Selon les données les plus récentes du Système de notification des pays créanciers de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), au total, US \$5,4 milliards ont été versés pour la lutte contre le VIH/sida, US \$1,7 milliard pour la lutte contre le paludisme et US \$ 0,7 milliard pour la lutte contre la tuberculose en 2014.

Le coût par patient traité pour la tuberculose sensible aux médicaments est généralement compris entre US \$100 et US \$1000 et entre US \$2000 et US \$20 000 pour la tuberculose MR.

Recherche-développement

Au moins US \$2 milliards par an sont nécessaires pour la recherche-développement. Le financement n'a jamais dépassé US \$0,7 milliard par an entre 2005 et 2014.

En 2016, quatre tests de diagnostic ont été évalués et recommandés par l'OMS : le test d'amplification isotherme facilitée par l'anneau (LAMP) pour le diagnostic de la tuberculose ; l'hybridation inverse sur bandelette pour la détection rapide de la résistance aux antituberculeux de première intention que sont l'isoniazide et la rifampicine ; et l'hybridation inverse sur bandelette pour la détection de la résistance aux antituberculeux de deuxième intention. Une cartouche de nouvelle génération baptisée Xpert Ultra et une nouvelle plateforme de diagnostic appelée GeneXpert Omni sont en cours de mise au point ; et l'OMS devrait procéder à leur évaluation en 2017.

Neuf médicaments pour le traitement contre la tuberculose pharmacorésistante, la tuberculose MR ou une infection tuberculeuse latente en sont à un stade avancé des essais cliniques. Il s'agit de la bédaquiline, de la délamanide, de la linézolide, du PBTZ169, du pretomanid, du Q203, de la rifampicine (à forte dose), de la rifapentine et du sutezolid.

Treize vaccins candidats en sont au stade des essais cliniques, y compris des vaccins candidats dans le but de prévenir l'infection tuberculeuse et des vaccins candidats pour la prévention de la tuberculose chez les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse latente.

ⁱ Les pays sont énumérés par ordre décroissant, en fonction de leur nombre de cas.

ⁱⁱ La tuberculose MR est définie comme une résistance à la rifampicine et à l'isoniazide. L'OMS recommande d'administrer à tous les patients atteints de tuberculose résistante à la rifampicine un schéma thérapeutique de deuxième intention contre la tuberculose MR. Dans le présent rapport, les cas de tuberculose MR et de tuberculose UR sont appelés cas de tuberculose MR/UR.

ⁱⁱⁱ Lorsqu'un sujet VIH-positif meurt de la tuberculose, la cause sous-jacente est classée comme VIH dans le système de Classification internationale des maladies (CIM-10).

^{iv} Soit 10,4 millions moins 6,1 millions.

^v Les pays sont énumérés par ordre décroissant, selon l'ampleur de l'écart.

^{vi} Dernière année pour laquelle les données sur l'issue thérapeutique sont actuellement disponibles.