



**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Cinquante-septième session

Brazzaville, République du Congo, 27–31 août 2007

Point 7.8 de l'ordre du jour provisoire

**TUBERCULOSE ET VIH/SIDA : UNE STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA DOUBLE  
ÉPIDÉMIE DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

**Rapport du Directeur régional**

**Résumé d'orientation**

1. Dans la Région africaine de l'OMS, l'épidémie de tuberculose a atteint les proportions d'une urgence sanitaire. Les données récentes émanant de la surveillance montrent que 25 % des cas de tuberculose notifiés dans le monde surviennent dans la Région africaine, alors que celle-ci n'abrite que 10 % de la population mondiale. Au cours des dix dernières années, les taux de notification de la tuberculose ont plus que doublé dans la plupart des pays. L'augmentation du nombre de cas de tuberculose est certes une tendance générale, mais elle s'observe surtout dans les milieux à forte prévalence du VIH. En moyenne, 35 % des personnes souffrant de tuberculose dans la Région sont co-infectées par le VIH, et la tuberculose est la cause du décès d'environ 40 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
2. Plusieurs essais randomisés ont établi l'efficacité des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA quant à la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les personnes co-infectées. Bien qu'il soit reconnu que la co-infection constitue un important facteur de propagation de l'épidémie de tuberculose, et bien que l'efficacité des interventions conjointes soit établie, les activités des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA continuent d'être menées séparément, ce qui se traduit par de faibles taux de couverture, un accès limité aux rares ressources disponibles et une utilisation peu efficace de ces ressources.
3. La présente stratégie propose des interventions pour renforcer les mécanismes de collaboration; améliorer la prévention, le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA; améliorer l'accès des personnes souffrant de tuberculose aux services de dépistage du VIH et de conseils; maîtriser l'infection pour réduire la transmission; entreprendre le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale; promouvoir les partenariats; entreprendre la mobilisation des ressources; et promouvoir la recherche.
4. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la stratégie proposée.

## SOMMAIRE

	<b>Paragraphes</b>
INTRODUCTION .....	1-3
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION .....	4-13
STRATÉGIE RÉGIONALE.....	14-31
CONCLUSION.....	32-34

## INTRODUCTION

1. Au cours des dix dernières années, les cas de tuberculose ont plus que triplé dans bon nombre de pays<sup>1</sup>, notamment dans les milieux à forte prévalence du VIH. Environ 35 % des personnes souffrant de tuberculose sont en même temps infectées par le VIH. La co-infection tuberculose-VIH est devenue le principal facteur de propagation de l'épidémie de tuberculose dans la Région africaine.

2. Conscient du défi majeur que représentent les deux épidémies pour la santé publique, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté deux résolutions, à sa cinquante-cinquième session tenue en 2005. La résolution AFR/RC55/R5 déclare la tuberculose urgence sanitaire dans la Région et demande instamment aux États Membres de mettre en œuvre des mesures d'urgence et à caractère exceptionnel pour enrayer la progression de l'épidémie de tuberculose, notamment par l'accélération des interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA. La résolution AFR/RC55/R6, quant à elle, invite instamment les pays à accélérer les interventions de prévention de l'infection à VIH. Par le passé, les Ministres africains de la Santé avaient pris l'engagement de réaliser les objectifs de l'Initiative 3 x 5 et l'accès universel à la thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH).

3. La présente stratégie propose les interventions jugées prioritaires pour promouvoir et accélérer la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre les deux maladies, réduire la morbidité et la mortalité associées à la co-infection tuberculose-VIH/SIDA, et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec la tuberculose et le VIH/SIDA. Toutefois, pour garantir l'efficacité de la mise en œuvre de cette stratégie, il est nécessaire de promouvoir la participation plurisectorielle, la coordination et la mobilisation de ressources additionnelles durables.

## ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

### Analyse de la situation

4. Plus d'un million de nouveaux cas de tuberculose ont été notifiés en 2005. Au moins 25 % des cas de tuberculose notifiés chaque année surviennent dans la Région africaine, alors que celle-ci n'abrite que 10 % de la population mondiale.<sup>2</sup> Depuis le début de 2006, l'émergence d'une résistance aux antituberculeux de première et de seconde intentions dans certains pays de la Région a été établie. À la fin de 2006, tous les États Membres appliquaient le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), recommandé pour la lutte antituberculeuse.<sup>3</sup>

5. L'Afrique subsaharienne, qui compte plus de 60 % de toutes les PVVIH, supporte la plus grande partie du fardeau de l'infection à VIH et de la charge de mortalité due au VIH/SIDA dans le monde. Cette région abrite pratiquement trois quarts des femmes et environ 90 % des enfants vivant avec le VIH/SIDA.

6. Chez les personnes vivant avec le VIH, le virus favorise l'évolution de la tuberculose active, en cas d'infection latente ou récente due à *Mycobacterium tuberculosis*. Sur le plan pathologique, la tuberculose accélère la survenue du SIDA chez les personnes vivant avec le VIH et constitue une

<sup>1</sup> WHO, Tuberculosis surveillance report, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, 2005.

<sup>2</sup> WHO, Tuberculosis surveillance report, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, 2006.

<sup>3</sup> WHO, Interim policy on collaborative TB/HIV activities, Geneva, World Health Organization, 2004.

maladie révélatrice du SIDA. Dans certains pays, notamment en Afrique australe, le taux de prévalence du VIH chez les personnes souffrant de tuberculose atteint jusqu'à 70 %, et la tuberculose est la cause du décès d'au moins 40 % des PVVIH dans la Région.<sup>4</sup>

7. Les taux de couverture des principales interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA demeurent extrêmement faibles dans la Région. En 2005, entre 2 % et 50 % des personnes souffrant de tuberculose ont subi le test de dépistage du VIH, et moins de 10 % des personnes souffrant de tuberculose et co-infectées par le VIH, qui pouvaient prétendre à la thérapie antirétrovirale, ont effectivement eu accès à celle-ci. Un peu plus de 50 % des personnes vivant avec le VIH et co-infectées par la tuberculose ont eu accès au traitement prophylactique à base de cotrimoxazole, tandis que moins de 10 % des PVVIH ont subi le test de dépistage de la tuberculose active. Le taux global de couverture par la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne est d'environ 28 % (24 %–33 %). À la fin de 2005, au sein de la population en général, les pourcentages moyens des hommes et des femmes ayant subi les tests de dépistage du VIH et reçu les résultats de ces tests étaient de 12 % et 10 %, respectivement.<sup>5</sup>

8. Bien qu'il soit établi qu'il existe des interactions synergiques négatives entre les deux infections et que les interventions ciblant conjointement la tuberculose et le VIH/SIDA permettent d'en réduire les taux de morbidité et de mortalité, les programmes de lutte contre ces deux affections sont généralement mis en œuvre séparément. Les programmes de lutte contre la tuberculose sont axés sur la stratégie DOTS, alors que les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ont tendance à considérer la tuberculose uniquement comme une infection opportuniste parmi d'autres, d'où la faible attention accordée aux besoins spéciaux en soins des PVVIH co-infectées par la tuberculose.

9. L'on note un engagement politique accru, aussi bien au niveau national qu'au niveau international, en faveur de l'accès universel aux services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, et notamment aux interventions ciblant conjointement les deux maladies. L'on note également une augmentation des financements fournis par le Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) et par les autres partenaires pour porter à l'échelle ces interventions.

### **Justification**

10. À ce jour, plusieurs essais randomisés ont établi l'efficacité des interventions conjointes pour réduire l'incidence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie chez les PVVIH. Le recours au traitement prophylactique à base de cotrimoxazole et d'isoniazide et la prise en charge des infections opportunistes ont permis de réduire la morbidité et la mortalité chez les PVVIH. La thérapie antirétrovirale, de son côté, a permis de réduire l'incidence de la tuberculose de plus de 80 % chez les PVVIH.<sup>6</sup>

11. Bien que les effets négatifs de la co-infection tuberculose-VIH soient connus et que l'efficacité des interventions conjointes de lutte soit établie, les programmes de lutte contre la tuberculose et le

---

<sup>4</sup> WHO, Interim policy on collaborative TB/HIV activities, Geneva, World Health Organization, 2004.

<sup>5</sup> OMS, ONUSIDA, UNICEF, *Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé, Rapport de situation*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

<sup>6</sup> Badri M, Wilson D, Wood R, Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study, *The Lancet*, 359: 2059–2064, 2002.

VIH/SIDA sont généralement mis en œuvre séparément. Cette situation limite l'accès des personnes co-infectées aux interventions efficaces disponibles et aboutit à une utilisation peu efficace des rares ressources.

12. Pour qu'elle soit efficace, la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA devrait être axée sur des interventions ciblant conjointement la double épidémie. Les personnes atteintes de tuberculose doivent d'office avoir accès aux services de prévention, de soins et de soutien, offerts dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA; de même, les PVVIH devraient avoir accès aux services de prévention, de soins et de soutien, offerts dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

13. La présente stratégie insiste sur l'ampleur de la double épidémie tuberculose-VIH/SIDA et vise à faciliter l'accélération des interventions efficaces disponibles, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes co-infectées.

## **STRATÉGIE RÉGIONALE**

### **Objectif général**

14. Le but de la présente stratégie est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées à la co-infection tuberculose-VIH/SIDA dans la Région, par l'accès universel aux interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, conformément à l'Initiative Halte à la Tuberculose.

### **Objectifs**

15. Les objectifs spécifiques de la stratégie sont les suivants :

- a) Fournir un cadre pour la planification, l'organisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA;
- b) Promouvoir la prestation de services de prévention, de soins et de soutien, dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, en tant que partie intégrante d'un paquet complet de soins aux personnes co-infectées;
- c) Fournir une plate-forme pour le plaidoyer en faveur de la lutte contre la double épidémie tuberculose-VIH/SIDA;
- d) Renforcer la collaboration et les partenariats plurisectoriels en faveur de la lutte contre la double épidémie tuberculose-VIH/SIDA;
- e) Promouvoir l'accès universel aux services de lutte contre la tuberculose et le VIH.

### **Principes directeurs**

16. La mise en œuvre de la stratégie reposera sur les principes directeurs suivants :

- a) **Accès équitable aux interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA** : Ce principe requiert notamment le ciblage délibéré et la prise en compte de tous les groupes vulnérables.

- b) **Appropriation et leadership par les pays** : Conformément à ce principe, la stratégie et son processus de mise en œuvre doivent être adaptés au contexte de chaque pays à qui incombe la responsabilité de leur gestion, à des fins d'harmonisation et de durabilité.
- c) **Partenariat et collaboration** : Ce principe requiert la participation des acteurs de tous les secteurs, y compris la société civile et les communautés, à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de lutte, afin de mieux faire accepter les interventions, d'élargir l'accès aux services, et de mobiliser les ressources humaines et financières additionnelles nécessaires pour mettre en œuvre les programmes de lutte.

### **Interventions prioritaires**

17. Les interventions clés visent à renforcer la collaboration entre les deux programmes de lutte ; à améliorer la prévention, le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les PVVIH et les groupes vulnérables tels que les prisonniers; et à élargir l'accès des personnes souffrant de tuberculose aux services de dépistage du VIH et de conseils. Les actions proposées sont recommandées dans toutes les zones où le taux de prévalence du VIH chez les personnes souffrant de tuberculose est supérieur à 5 %. Ces actions devraient être menées dans le contexte des programmes existants de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.

#### ***Renforcement des mécanismes de collaboration***

18. Il est nécessaire d'améliorer les mécanismes de collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le SIDA. À cette fin, des organes conjoints de coordination pourraient être créés au niveau opérationnel et des plans d'action communs élaborés pour lutter contre la tuberculose et le VIH. La mise en place d'un tel cadre de collaboration devrait commencer par la définition d'un paquet complet d'interventions et l'élaboration de directives et outils techniques pour faire face à la co-infection. Tous les acteurs et prestataires de soins des secteurs public et privé devraient être sensibilisés et formés en vue d'appuyer la mise en œuvre de toutes les interventions conjuguées.

#### ***Amélioration de la prévention, du dépistage et du traitement de la tuberculose chez les PVVIH***

19. L'allègement du fardeau de la tuberculose chez les PVVIH constitue l'un des piliers clés de la présente stratégie. Cela peut se réaliser à travers le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH, afin d'identifier et de traiter celles qui souffrent de tuberculose active, tout en offrant aux PVVIH ne souffrant pas de tuberculose active un traitement prophylactique à base d'isoniazide et d'autres thérapies préventives.

#### ***Amélioration de l'accès des personnes souffrant de tuberculose aux services de dépistage du VIH et de conseils***

20. La présente stratégie vise à améliorer les services de dépistage du VIH et de conseil pour les personnes souffrant de tuberculose. Cela peut se réaliser à travers le dépistage systématique du VIH et les conseils comme porte d'entrée, avec une option dérogatoire, pour toutes les personnes souffrant de tuberculose, et pour la continuité des soins et du soutien en faveur des personnes souffrant de tuberculose et co-infectées par le VIH. Les autres prestations comprennent les interventions visant à prévenir de nouvelles infections à VIH, à réduire la transmission du VIH, à offrir un traitement

prophylactique contre les autres infections bactériennes opportunistes, et à fournir des antirétroviraux aux personnes co-infectées éligibles, en vue de réduire la charge virale.

***Maîtrise de l'infection en vue de réduire la transmission***

21. Les mesures visant à maîtriser l'infection devraient être intégrées dans les interventions conjointes contre la tuberculose et le VIH. Une attention particulière devrait être accordée à la prévention de la transmission croisée de la tuberculose multirésistante et ultra-résistante aux PVVIH et autres groupes vulnérables et à risque tels que les prisonniers et les réfugiés. À cette fin, l'on pourrait encourager, là où cela serait possible, le triage et la séparation physique (isolement et traitement en chambre stérile) des patients, la salubrité de l'environnement des formations sanitaires, et l'observance du traitement antituberculeux, afin de prévenir la pharmacorésistance acquise.

***Contribution au renforcement des systèmes de santé***

22. Le renforcement des systèmes de santé constitue une composante de l'Initiative Halte à la Tuberculose. Le développement des ressources humaines pour la santé, de l'infrastructure des laboratoires et des systèmes d'approvisionnement en médicaments et de prise en charge représente une contribution majeure des programmes de lutte contre la tuberculose au renforcement des systèmes de santé. Les innovations dans la prestation de services de lutte contre la tuberculose, dans le cadre général des services de santé, doivent être documentées et partagées. L'élaboration de documents et d'outils en cours à l'OMS pour appuyer l'engagement actif des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose au renforcement des systèmes de santé devrait s'accélérer, les orientations étant données par les États Membres.

***Plaidoyer, communication et mobilisation sociale***

23. Pour favoriser l'adhésion des populations aux interventions de lutte, il est nécessaire de sensibiliser les communautés et les agents de santé à l'ampleur de la co-infection tuberculose-VIH. À cette fin, l'on pourrait mettre en œuvre des stratégies ciblées de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale, dans le cadre de la lutte contre la tuberculose et le VIH.

***Partenariats et mobilisation des ressources***

24. La mobilisation de ressources financières additionnelles et d'autres ressources est essentielle pour intensifier d'une manière significative les interventions proposées. S'il est vrai que le financement fourni par les donateurs constitue l'un des moyens permettant de mobiliser davantage de ressources, l'affectation de ressources nationales suffisantes et l'intégration des interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH dans les plans nationaux de développement sont, quant à elles, cruciales pour garantir la durabilité des ressources. L'appui financier requis peut être obtenu en soumettant des demandes de dons à des organismes de financement tels que le Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme; la Fondation Bill et Melinda Gates; et d'autres partenaires bilatéraux et multilatéraux.

25. Le renforcement des capacités des partenaires collaborateurs à mettre en œuvre des interventions conjointes, dans le cadre d'un processus de décentralisation de la prise de décisions et de la prestation des services, constitue également un élément important dont la réalisation passe par

la participation accrue des communautés et de la société civile, et la promotion de partenariats public-privé pour la prestation de services spécifiques.

### ***Recherche***

26. La recherche clinique et les autres recherches en cours pour mieux apprécier et évaluer l'impact des interventions constituent un aspect important de la mise en œuvre des programmes de lutte. À cet égard, il serait indiqué de promouvoir une étroite collaboration avec les instituts de recherche et les chercheurs au niveau national, afin d'encourager la recherche opérationnelle utile pour la prévention et la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.

### **Rôles et responsabilités**

#### ***Rôles et responsabilités des pays***

27. Les pays devraient allouer des fonds pour l'exécution d'interventions prioritaires destinées à promouvoir l'accès universel aux services de lutte contre la tuberculose et le VIH/sida. Les rôles et responsabilités des pays sont les suivants : préparer et mettre en œuvre des activités de plaidoyer et de mobilisation sociale; élaborer des plans d'action à court et moyen termes pour lutter contre la double épidémie tuberculose-VIH; mettre au point et adapter des outils et directives techniques; entreprendre la mobilisation des ressources sur les plans interne et externe pour appuyer les activités de lutte; assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et de l'impact des programmes de lutte; veiller à la coordination des partenaires collaborateurs; et nouer des partenariats au niveau national pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, et pour les interventions conjointes contre la co-infection.

#### ***Rôles et responsabilités de l'OMS et des partenaires***

28. La stratégie assigne à l'OMS et aux autres partenaires les rôles et responsabilités ci-après : fournir un appui aux programmes nationaux pour garantir l'efficacité de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, et contre la co-infection tuberculose-VIH; fournir un appui technique aux pays pour les aider à mettre au point et à adapter des outils et des lignes directrices au niveau national; assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de lutte; fournir une assistance aux pays dans les domaines de la mobilisation des ressources et du renforcement des systèmes de prestation de services de santé. L'OMS devrait identifier et appuyer des centres d'excellence, en particulier pour la tuberculose-MR et la tuberculose-UR, et élaborer une stratégie pour les souches résistantes de bacilles tuberculeux.

### **Implications financières**

29. Selon l'OMS et l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, le coût du dépistage d'un cas de tuberculose se situe entre US \$5 et US \$10, contre US \$17 pour le traitement d'un cas de tuberculose simple, et environ US \$2000 pour celui d'un cas de tuberculose multirésistante. L'ONUSIDA estime qu'un test de dépistage du VIH coûte environ US \$2, et la thérapie antirétrovirale US \$130 à US \$300 par an et par personne. Il est donc clair qu'une intensification significative des interventions de lutte contre la double épidémie nécessitera des ressources financières accrues, sur une base durable.



30. Des ressources additionnelles devront être mobilisées, compte tenu du plus grand nombre de personnes qui auront besoin de services de dépistage du VIH et de conseils, ainsi que de services de dépistage de la tuberculose et de prise en charge appropriée de la co-infection.

### **Suivi et évaluation**

31. Dans le cadre du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des interventions conjointes proposées au titre de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, les indicateurs suivants feront l'objet d'un suivi par localité, par tranche d'âge et par sexe :

- a) La proportion de la population ciblée ayant un accès géographique déterminé aux services conjoints de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA;
- b) La proportion de personnes souffrant de tuberculose et vivant avec le VIH, qui sont éligibles et ont effectivement accès aux principaux services de lutte contre le VIH/SIDA, et notamment à la thérapie antirétrovirale;
- c) La mortalité associée au VIH/SIDA chez les personnes atteintes de tuberculose, et la mortalité associée à la tuberculose chez les personnes souffrant du SIDA;
- d) La proportion de PVVIH ayant subi le test de dépistage de la tuberculose active et la proportion de PVVIH souffrant de tuberculose active et ayant effectivement accès au traitement antituberculeux;
- e) Le suivi de la tuberculose-MR et de la tuberculose-UR.

### **CONCLUSION**

32. La co-infection avec le VIH est le principal facteur de risque d'augmentation de l'incidence de la tuberculose dans la Région africaine, et la tuberculose constitue la cause de décès la plus courante chez les PVVIH. Il existe des interventions susceptibles de réduire les effets de la double épidémie, mais elles sont actuellement mises en œuvre séparément, dans le cadre de programmes de lutte distincts, d'où l'accès limité aux services; la perte d'opportunités, en termes de diagnostic, de traitement et de soins; le manque d'efficacité; et l'utilisation peu efficace des ressources.

33. La stratégie recommande la prestation conjointe de services, afin d'accélérer la mise à échelle des interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, en vue de promouvoir l'accès universel à ces interventions et de tirer le meilleur parti des ressources limitées disponibles et des effets bénéfiques pour la santé.

34. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la stratégie proposée.