



**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixantième session

Malabo, Guinée équatoriale, 30 août – 3 septembre 2010

Point 7.7 de l'ordre du jour provisoire

**TUBERCULOSE À BACILLES MULTIRÉSISTANTS ET TUBERCULOSE  
À BACILLES ULTRARÉSISTANTS DANS LA RÉGION AFRICAINE :  
ANALYSE DE SITUATION, ENJEUX ET PERSPECTIVES**

**Rapport du Directeur régional**

**SOMMAIRE**

	<b>Paragraphes</b>
CONTEXTE .....	1–6
ENJEUX ET DÉFIS .....	7–14
MESURES PROPOSÉES .....	15–23

## CONTEXTE

1. La tuberculose est une maladie qui bénéficie d'une haute priorité dans la Région africaine de l'OMS. Selon le Rapport 2009 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde,<sup>1</sup> en 2007, la Région africaine, qui abritait environ 12 % de la population mondiale, enregistrait 22 % des cas de tuberculose notifiés. Les taux de notification des cas sont passés de 82/100 000 en 1990 à 158/100 000 en 2007. Selon les estimations, 51 % des personnes atteintes de tuberculose et testées en 2007 étaient séropositives, faisant ainsi de l'infection à VIH le facteur de risque le plus important pour l'incidence de la tuberculose dans la Région. Il est nécessaire d'inverser les tendances actuelles de cette maladie au sein de la Région africaine, si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

2. À sa cinquante-troisième session tenue en 2003, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la résolution AFR/RC53/R6 – Intensification des interventions liées au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose dans la Région africaine de l'OMS. Par la suite, à sa cinquante-cinquième session tenue en 2005 à Maputo, au Mozambique, le Comité régional a déclaré la tuberculose urgence sanitaire dans la Région africaine.<sup>2</sup>

3. La tuberculose à bacilles multirésistants (TB–MR) se définit comme la tuberculose causée par des organismes résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine. La tuberculose à bacilles ultrarésistants (TB–UR) est une TB–MR qui résiste également à toute fluoroquinolone et au moins à l'un des quatre antituberculeux de deuxième intention injectables (amikacine, capréomycine, kanamycine et viomycine). Entre janvier 2007 et décembre 2009, au total 22 032 nouveaux cas de TB–MR ont été signalés par 33 pays. Environ 1 501 nouveaux cas de tuberculose UR ont été notifiés par huit pays<sup>3</sup> au cours de la même période.

4. Trente-trois pays ont signalé des cas de TB–MR et de TB–UR, mais 20 d'entre eux seulement disposent de programmes de traitement structurés.<sup>4</sup> Dix-sept programmes de traitement ont été approuvés par le Comité Feu vert de l'OMS, qui est le mécanisme de l'Organisation chargé d'examiner les propositions de financement des programmes nationaux de lutte contre la TB–MR et la TB–UR pour vérifier leur conformité avec les lignes directrices de l'OMS pour la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante. Même lorsqu'il existe des programmes de traitement, tous les cas confirmés ne sont pas traités, faute de politiques et d'outils pertinents, et du fait de l'insuffisance des antituberculeux de deuxième intention.

5. La stratégie Halte à la Tuberculose, lancée en 2006, vise, entre autres, à faire face à la menace de la tuberculose pharmacorésistante à l'échelle mondiale. En 2008, l'OMS a publié les Lignes directrices pour la prise en charge de la TB–MR dans le monde,<sup>5</sup> et le Bureau régional a préparé un cadre pour la lutte contre la tuberculose pharmacorésistante. En avril 2009, 27 pays dans lesquels la

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, Rapport 2009 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde : épidémiologie, stratégie, financement, Genève, Suisse (WHO/HTM/TB/2009.411)

<sup>2</sup> Résolution AFR/RC55/R5, Lutte contre la tuberculose: Situation dans la Région africaine. Dans *Cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Maputo, Mozambique*, par laquelle les Ministres de la Santé des pays de la Région ont déclaré la tuberculose urgence sanitaire dans la Région africaine

<sup>3</sup> Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Lesotho, Kenya, Mozambique, Namibie et Swaziland.

<sup>4</sup> Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

<sup>5</sup> OMS, Lignes directrices pour la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante, OMS/HTM/TB/2008, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

charge de la TB–MR était élevée, dont l’Afrique du Sud, l’Éthiopie, le Nigeria et la République démocratique du Congo, se sont réunis à Beijing, en Chine, et ont lancé un Appel à l’action contre la tuberculose pharmacorésistante.<sup>6</sup> La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, tenue en mai 2009, a adopté la résolution WHA62.15 intitulée «Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte». La même année, le Comité régional de l’OMS pour l’Afrique, à sa cinquante-neuvième session tenue à Kigali, au Rwanda, a adopté la résolution AFR/RC59/R7 appelant les pays à mettre en œuvre des actions pour prévenir, surveiller et prendre en charge la résistance aux médicaments contre le sida, la tuberculose et le paludisme.<sup>7</sup> Plusieurs initiatives mondiales en faveur de la santé, notamment le Fonds mondial, ont été lancées pour appuyer la lutte contre la tuberculose dans la Région.

6. Compte tenu de l’émergence et de la progression de la résistance aux antituberculeux, le présent document technique fait ressortir les enjeux et les défis, et propose les perspectives pour la prévention et la lutte contre la TB–MR et la TB–UR dans la Région africaine de l’OMS.

## ENJEUX ET DÉFIS

7. Malgré l’adoption quasi universelle par les États Membres de la stratégie DOTS recommandée par la communauté internationale, la Région africaine n’enregistre qu’un taux de guérison de 79 % (la cible étant fixée à 85 %). Cette situation est imputable au taux très élevé de facteurs défavorables évitables tels que la non-observance du traitement par les patients, les patients perdus de vue, ainsi que la proportion de patients ne faisant pas l’objet d’une évaluation à la fin du traitement. L’inadéquation et la mauvaise application des schémas thérapeutiques augmentent la probabilité d’apparition de souches pharmacorésistantes de tuberculose. En outre, la TB–MR et la TB–UR, en particulier en cas de co-infection par le VIH, peuvent contribuer à l’augmentation de la mortalité due à la tuberculose, observée dans certains milieux. De plus, les mesures de lutte contre la transmission de l’infection font généralement défaut dans les communautés et les formations sanitaires, ce qui accroît la probabilité de transmission de la tuberculose, y compris des formes pharmacorésistantes.

8. Dans la plupart des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, les politiques, manuels et lignes directrices n’ont pas été mis à jour pour inclure la prévention et la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante. Des lignes directrices nationales sur la TB–MR ne sont pas non plus disponibles partout, du fait de la faible attention accordée à la tuberculose pharmacorésistante dans les programmes nationaux jusqu’à ce que l’apparition de la TB–UR soit signalée dans la Région en 2006. Par ailleurs, les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé, notamment le manque d’orientations stratégiques au niveau national, le mauvais état des infrastructures sanitaires, l’accès limité aux services de diagnostic et de traitement, l’insuffisance des ressources humaines pour la santé, et la faiblesse, voire l’inefficacité des systèmes de suivi des patients pendant le traitement, entravent sérieusement les efforts visant à dépister et à traiter efficacement les cas de tuberculose pharmacorésistante. Si de solides programmes de lutte contre la tuberculose, accompagnés de politiques judicieuses de lutte contre la TB–MR, ne sont pas mis en place, l’on pourrait voir émerger

---

<sup>6</sup> Appel de Beijing à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients: luttons ensemble contre l’épidémie mondiale de tuberculose à bacilles multi et ultra résistants.

<sup>7</sup> Résolution AFR/RC59/R7: Appel pour une action intensifiée pour la prévention du VIH et la lutte contre la co-infection tuberculose/HIVVIH dans la Région africaine. Dans : *Cinquante-cinquième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique, Kigali, Rwanda, 31 août-4 septembre 2009, Rapport final*. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l’Afrique, 2009 (AFR/RC59/20), pp. 21–25.

une nouvelle épidémie de tuberculose pharmacorésistante, avec de sérieuses conséquences pour la santé publique.

9. Le diagnostic de la tuberculose pharmacorésistante est essentiellement bactériologique et requiert des technologies et des réseaux de laboratoire pour la culture des bactéries, l'analyse antigénique et moléculaire, ainsi que des tests de sensibilité aux antituberculeux. La fourniture de services de laboratoire de qualité constitue un défi majeur pour bon nombre de pays de notre Région. À la fin de 2009, il y avait dans la Région au moins 13 pays<sup>8</sup> qui ne disposaient pas de capacités au niveau local pour procéder à la culture des bactéries de tuberculose ou aux tests de sensibilité aux antituberculeux de première intention pour la confirmation des cas de TB-MR. S'agissant du diagnostic de la TB-UR, seules l'Algérie et l'Afrique du Sud disposent de capacités locales en laboratoire pour les tests de sensibilité aux antituberculeux de deuxième intention.

10. En l'absence de données fiables dans la plupart des États Membres, l'ampleur véritable de la tuberculose pharmacorésistante dans la Région demeure inconnue. La surveillance de la tuberculose pharmacorésistante et la sensibilisation du public à ce sujet font défaut. Seul le Botswana a entrepris des enquêtes représentatives sur l'ensemble de son territoire pour déterminer le profil de la tuberculose pharmacorésistante au fil du temps. Entre 2007 et 2008, sept pays ont effectué des enquêtes représentatives à l'échelle nationale sur la tuberculose pharmacorésistante<sup>9</sup>, et à la fin de 2009, la plupart d'entre eux avaient également procédé à des enquêtes sur la TB-UR.<sup>10</sup>

11. Étant donné que la transmission de la tuberculose, y compris la TB-MR et la TB-UR, se fait par voie aérienne, il est important d'assurer le diagnostic et l'endiguement précoces des cas infectieux, tout en se conformant aux meilleures normes possibles pour les soins et la lutte contre la transmission de l'infection. Les installations de quarantaine font généralement défaut dans les formations sanitaires et au sein des communautés, ce qui entrave les efforts d'endiguement de la TB-MR et de la TB-UR, et de réduction de la transmission de l'infection au sein des formations sanitaires et des communautés. L'insuffisance des contrôles administratifs et la mauvaise aération des formations sanitaires bondées, ajoutées au manque général de mesures de protection individuelle et d'autres mesures de lutte contre la transmission de l'infection, augmentent le risque de transmission de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante.

12. Contrairement aux médicaments de première intention, les antituberculeux de deuxième intention pour le traitement de la TB-MR et de la TB-UR ne sont pas disponibles en quantités suffisantes dans la majorité des pays. Les médicaments de deuxième intention ne sont pas non plus aussi efficaces que ceux de première intention et tendent à être associés à de graves effets secondaires, rendant l'observance du traitement plus difficile pour les patients. L'approvisionnement en médicaments de deuxième intention de qualité au niveau mondial est également limité, en raison du nombre restreint de fournisseurs internationaux. Les données nationales de surveillance disponibles montrent ainsi qu'un nombre important de cas confirmés de TB-MR demeurent sans traitement. Sur les 21 pays ayant des programmes de traitement de la TB-MR, 17 ont des programmes approuvés par le Comité Feu vert.<sup>11</sup> Cela s'explique par le coût élevé des médicaments

---

<sup>8</sup> Cap-Vert, Comores, Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, République centrafricaine, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Tchad et Zimbabwe.

<sup>9</sup> Botswana, Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie, Swaziland et Tanzanie.

<sup>10</sup> Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland et Tanzanie.

<sup>11</sup> Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Mali, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

antituberculeux de deuxième intention, ainsi que par l'absence de lignes budgétaires pour l'achat de ces médicaments à partir des ressources des budgets nationaux, consacrées à la lutte contre la tuberculose.

13. Même lorsque les médicaments antituberculeux de deuxième intention sont disponibles pour le traitement de la TB–MR et de la TB–UR, la très longue durée du traitement (au moins 24 mois) et la nécessité de traiter les patients près de là où réside leur famille, autant que possible<sup>12</sup>, constituent des défis majeurs. Il est par conséquent nécessaire que la recherche opérationnelle détermine la meilleure manière de traiter la TB–MR et la TB–UR au sein des communautés.

14. La plupart des enjeux et défis liés à la prévention et à la lutte contre la tuberculose pharmacorésistante s'articulent autour du système de santé. Il s'agit notamment de l'accès limité aux services antituberculeux généraux, de la faiblesse des systèmes de gestion des achats et des approvisionnements en médicaments, de l'insuffisance des infrastructures de laboratoire pour la tuberculose, du manque de financements, de la pénurie des ressources humaines pour la santé, de la faible qualité des systèmes de transport et de communication, et des faiblesses des systèmes stratégiques d'information et de logistique. Les mesures proposées s'inscrivent par conséquent dans le cadre du renforcement de l'ensemble du système de santé.

## MESURES PROPOSÉES

15. **Prévenir l'apparition de souches pharmacorésistantes de tuberculose** : Les pays devraient améliorer les indicateurs de performance des programmes pour les services de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), en particulier en ce qui concerne le succès du traitement. À cette fin, il faudrait améliorer les taux d'observance et d'achèvement du traitement, par des stratégies visant à réduire les taux de perdus de vue et de transfert sortant, et à minimiser ainsi la proportion de patients non évalués à la fin du traitement.

16. **Mettre au point et intensifier la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante** : Les pays devraient mettre à jour leurs politiques en adaptant les lignes directrices de l'OMS pour la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante, dans le cadre des programmes DOTS<sup>13</sup>. Par ailleurs, les programmes nationaux devraient veiller à l'approvisionnement ininterrompu en médicaments antituberculeux de deuxième intention, à leur utilisation rationnelle et à la pharmacovigilance, et mettre en place ou renforcer des systèmes de surveillance de la pharmacorésistance et de lutte contre la transmission de l'infection. Les pays devraient également actualiser leurs plans de ressources humaines en vue de disposer de capacités humaines suffisantes pour lutter contre la TB–MR et la TB–UR. De même, il faudrait mettre en place et contrôler des systèmes de suivi et de soutien psychosocial des patients, y compris des stratégies de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale.

17. **Mettre en place et maintenir des systèmes nationaux de surveillance de la tuberculose pharmacorésistante** : Les pays devraient instituer la surveillance systématique, basé sur le laboratoire, de la résistance aux médicaments antituberculeux de première et deuxième intentions chez les cas déjà traités, les autres patients tuberculeux et les groupes à haut risque. Ils devraient

<sup>12</sup> OMS, Lignes directrices pour la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante, WHO/HTM/TB/2008.402, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

<sup>13</sup> OMS, Lignes directrices pour la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante, WHO/HTM/TB/2008, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

également conduire, à intervalles réguliers, des enquêtes représentatives périodiques sur la pharmacorésistance et mettre en place des systèmes standardisés d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose pharmacorésistante, en tant qu'extension logique des systèmes ordinaires d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose. Afin de renforcer la surveillance transfrontalière, les pays devraient collaborer avec les partenaires et s'efforcer de mettre en place des systèmes de surveillance électroniques et d'intégrer les programmes de lutte contre la tuberculose dans les activités des comités chargés de l'application du Règlement sanitaire international au niveau des pays, en vue de minimiser la transmission de l'infection à l'intérieur et hors des frontières, tout en veillant à la notification des cas de TB-MR et de TB-UR.

**18. Renforcer les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements en médicaments antituberculeux de deuxième intention :** Les pays devraient réviser la liste des médicaments essentiels pour y inclure les médicaments antituberculeux de deuxième intention et améliorer la gestion de leur chaîne d'achat et d'approvisionnement, afin d'assurer la disponibilité ininterrompue de médicaments de deuxième intention de qualité et abordables, ainsi que des produits connexes. À cet égard, les pays sont encouragés à soumettre des demandes de médicaments antituberculeux de deuxième intention de qualité et à prix réduits, par l'intermédiaire du Comité Feu vert.

**19. Élaborer et mettre en œuvre des mesures de lutte contre la transmission de la tuberculose :** Les programmes nationaux devraient incorporer des stratégies de lutte contre l'infection TB dans les politiques et lignes directrices nationales en la matière, et mettre en œuvre, dans le cadre de la prévention de la TB-MR et de la TB-UR, des mesures d'ordre administratif, d'ordre environnemental et de protection individuelle dans toutes les formations sanitaires. La lutte contre l'infection devrait être prise en compte dans la conception des formations sanitaires, en particulier dans le contexte du VIH/sida, afin d'éviter les infections croisées. Les risques liés à l'infection croisée VIH/TB devraient être clairement recensés, et les personnels de santé concernés devraient être pleinement informés des mesures de lutte. En outre, les programmes de lutte contre la tuberculose devraient, en collaboration avec les services publics appropriés, appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de plans de lutte contre l'infection TB dans toutes les formations sanitaires.

**20. Mobiliser des ressources financières pour appuyer la mise en œuvre des mesures recommandées :** Dans le cadre du renforcement général du système de santé, les pays devraient allouer des fonds suffisants, à partir des ressources des budgets nationaux, pour la lutte contre la tuberculose, y compris contre TB-MR et la TB-UR. Les pays devraient également mobiliser des ressources additionnelles auprès des initiatives mondiales et régionales, afin de compléter les ressources nationales. Les pays disposant de programmes de lutte contre la TB-MR et la TB-UR, approuvés par le Comité Feu vert, ont accès à des médicaments de deuxième intention à bas prix qu'ils peuvent acheter avec les fonds émanant des diverses initiatives mondiales en faveur de la santé. Le recours à ces initiatives devrait sensiblement contribuer à renforcer l'ensemble du système de santé.

**21. Étendre les réseaux régionaux pour le diagnostic de la TB-MR et de la TB-UR :** L'OMS et les autres partenaires techniques devraient collaborer avec les gouvernements nationaux à la mise en place et au renforcement des capacités sous-régionales permettant de remplir les fonctions de laboratoire de référence pour la tuberculose, notamment par la création de laboratoires régionaux supplémentaires capables d'identifier les souches résistantes aux antituberculeux de deuxième intention, afin de dépister la TB-UR chez les cas confirmés de TB-MR. Les États Membres ont besoin de l'appui des partenaires pour renforcer les infrastructures nationales de laboratoire de

référence et avoir accès aux nouvelles technologies de diagnostic, les évaluer et les généraliser, à mesure qu'elles deviennent disponibles.

22. **Entreprendre la recherche opérationnelle** : Les capacités à conduire des essais cliniques pour de nouveaux outils de diagnostic et médicaments devraient être renforcées dans la Région. Les pays devraient, en collaboration avec les partenaires, entreprendre la recherche opérationnelle pour déterminer la meilleure manière de traiter les cas de TB–MR et de TB–UR au sein des communautés, tout en prenant des mesures de lutte appropriées contre la transmission de l'infection pour réduire la transmission dans les communautés.

23. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les mesures proposées dans le présent document.