

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-huitième session
Dakar, République du Sénégal, 27-31 août 2018

Point 19.8 de l'ordre du jour

**RAPPORT DE SITUATION SUR LE CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA
« STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE » DANS LA RÉGION
AFRICAINNE 2016-2020**

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1-3
PROGRÈS RÉALISÉS	4-9
PROCHAINES ÉTAPES	10-12

CONTEXTE

1. L'une des cibles des objectifs de développement durable (ODD)¹ est de mettre fin à l'épidémie de tuberculose, au regard de son ampleur. En mai 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé² a adopté la Stratégie mondiale pour « mettre fin à la tuberculose », qui vise à opérationnaliser la cible des ODD axée sur l'élimination de l'épidémie de tuberculose.
2. Au niveau régional, la soixante-sixième session du Comité régional a adopté un Cadre pour la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la Région africaine³ (ci-après désigné le « Cadre »), qui appelle les États Membres à élargir le diagnostic et le traitement de la tuberculose et à combattre cette maladie sous toutes ses formes, y compris la tuberculose pharmacorésistante et la tuberculose chez l'enfant. Le Cadre appelle également les parties prenantes concernées à intensifier les interventions contre la co-infection tuberculose-VIH, à édifier des systèmes de santé résilients dans l'optique de la couverture sanitaire universelle, et à agir sur les déterminants sociaux de la tuberculose.
3. Le Comité régional a prié la Directrice régionale de faire rapport périodiquement sur les avancées obtenues dans la mise en œuvre du Cadre. Le présent rapport de situation, qui est le premier établi pour donner suite à cette demande du Comité régional, s'inspire très largement des rapports de l'OMS sur la tuberculose dans le monde, plus précisément des éditions de 2016⁴ et de 2017⁵, qui découlent toutes les deux d'une base de données sur la tuberculose dans le monde alimentée par les pays.

PROGRÈS RÉALISÉS

4. À la fin du mois de décembre 2017, tous les États Membres avaient adopté la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose. Deux ateliers d'adaptation de la stratégie ont été organisés à l'intention de participants issus de 35 États Membres, afin de leur donner des orientations sur les éléments des stratégies mondiales et régionales. Des revues complètes de programmes ont eu lieu dans 17 États Membres (huit⁶ en 2016 et neuf⁷ en 2017) pour éclairer l'alignement des plans stratégiques nationaux sur les stratégies mondiales et régionales. Ces ateliers et revues ont montré que malgré des problèmes importants liés aux systèmes de santé, tous les États Membres avaient adopté les aspects les plus programmatiques des cadres.
5. Dans le domaine du diagnostic, les politiques de diagnostic de la tuberculose en laboratoire sont en cours de révision dans le sens d'adopter les tests moléculaires comme première ligne de diagnostic pour les nouveaux cas de tuberculose et pour les cas de tuberculose déjà traités dans la plupart des

¹ Organisation des Nations Unies. Résolution A/RES/70/1, intitulée « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ». Soixante-septième Assemblée générale des Nations Unies, 25 septembre 2015.

² Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA67.1, intitulée « Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 ». Publiée dans *Résolutions et décisions de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé*. Genève, 19-24 mai 2014, document WHA67.1/2014/REC/1.

³ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Cadre pour la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la Région africaine au cours de la période 2016-2020*. Document AFR/RC66/10 établi pour le compte de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, qui s'est tenue du 19 au 23 août 2016. Brazzaville, 2016.

⁴ Organisation mondiale de la Santé. *Global Tuberculosis report 2016*, WHO/HTM/TB/2016.13.

⁵ Organisation mondiale de la Santé. *Global Tuberculosis report 2017*, WHO/HTM/TB/2017.23.

⁶ Burkina Faso, Cameroun, Namibie, Niger, République démocratique du Congo, Rwanda, Zambie et Zimbabwe.

⁷ Botswana, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar et Tchad.

États Membres. Les 47 États Membres de la Région africaine, sauf sept⁸, ont introduit la technologie de test rapide « Xpert » depuis son lancement en 2010, alors que la technique d'hybridation inverse de sondes moléculaires en ligne pour la détection de la résistance aux médicaments antituberculeux de première et deuxième intentions est désormais disponible dans 59 et 22 laboratoires, respectivement. Avant 2010, les tests de deuxième intention n'étaient disponibles que dans trois laboratoires supranationaux de la Région (basés en Algérie, à Kampala et en Afrique du Sud).

6. Trente-sept États Membres sur les 47 que compte la Région africaine disposent désormais d'une capacité de culture conventionnelle de la tuberculose ; 31 de ces États Membres ont parallèlement développé la capacité d'effectuer des tests de sensibilité aux médicaments. Avant 2015, ce chiffre tournait autour de 23 et 13 États Membres, respectivement. En 2017, le Laboratoire national de référence pour la tuberculose du Bénin est devenu un laboratoire supranational de référence pour la tuberculose, ce qui porte à quatre le nombre de laboratoires de ce type dans la Région, eux-mêmes faisant partie des 32 laboratoires supranationaux de référence pour la tuberculose qui existent dans le monde.

7. En ce qui concerne le traitement et les soins, un cadre régional de lutte contre la tuberculose chez l'enfant a été lancé et sa mise en œuvre facilitée par la tenue d'un atelier organisé à l'intention des 16 États Membres à forte prévalence de tuberculose dans la Région afin d'élaborer des feuilles de route pour l'adaptation et la mise en œuvre au niveau national. De même, en fin d'année 2017, 88 % des patients tuberculeux vivant avec le VIH avaient accès à un traitement antirétroviral, ce qui constitue l'un des taux de couverture les plus élevés de toutes les Régions de l'OMS. Un appui technique a été fourni à 42 États Membres⁹ pour généraliser la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante. Ce soutien a permis à ces pays d'élaborer des plans d'expansion de la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante et de faciliter son financement nouveau ou continu par le Fonds mondial et d'autres donateurs. Dix-sept¹⁰ et huit¹¹ États Membres respectivement ont bénéficié d'un concours pour intégrer les nouveaux médicaments antituberculeux – la bédaquiline et la délamanide – dans leurs directives thérapeutiques, et vingt-trois¹² États Membres ont introduit un traitement de plus brève durée contre la tuberculose multirésistante, alors que onze¹³ autres États Membres se trouvaient à divers stades de planification.

8. Dans le domaine de la recherche, dix États Membres¹⁴ ont mené des enquêtes sur la résistance aux antituberculeux. Il est globalement ressorti de ces enquêtes un taux d'incidence de la tuberculose multirésistante inférieur ou égal à 2 % chez les nouveaux cas de tuberculose et un taux compris entre 10 % et 13 % chez les cas déjà traités. Le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe ont finalisé des enquêtes nationales sur la prévalence de la tuberculose qui, d'une manière générale, ont mis en évidence une incidence de la tuberculose au moins deux fois plus élevée que les estimations précédentes. La

⁸ Organisation mondiale de la Santé. *Global Tuberculosis report 2017*, WHO/HTM/TB/2017.23.

⁹ Angola, Botswana, Burundi, Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, Érythrée, Eswatini, Éthiopie (2), Gabon (2), Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya (2), Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo (2), République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe (2), Sénégal, Tchad, Togo et Zimbabwe.

¹⁰ Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Mali, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe.

¹¹ Afrique du Sud, Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Mali, Kenya et Mozambique.

¹² Bénin, Burkina, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Congo, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Mali, Mauritanie, Namibie, Ouganda, Rwanda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Tchad et Zimbabwe.

¹³ Algérie, Botswana, Congo, Gabon, Gambie, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Sierra Leone et Togo.

¹⁴ Afrique du Sud, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Kenya, Namibie, Ouganda et Zimbabwe.

Namibie et l'Afrique du Sud ont commencé à mener des enquêtes nationales de la prévalence, tandis que le Botswana, Eswatini, le Lesotho et le Mozambique ont mis la dernière main aux protocoles requis pour réaliser des enquêtes analogues. L'Afrique du Sud, le Ghana, le Kenya, le Mozambique, le Nigéria et l'Ouganda ont reçu un appui pour mener des enquêtes sur le coût de la tuberculose pour les patients afin d'éclairer les politiques de protection sociale dans le contexte de la couverture sanitaire universelle. Les résultats préliminaires de certaines de ces enquêtes font déjà ressortir des niveaux élevés de coûts catastrophiques liés aux dépenses directes et indirectes que les patients tuberculeux doivent supporter pour obtenir des services de lutte contre la tuberculose.

9. Malgré les progrès réalisés, la Région africaine ploie sous une charge disproportionnée de tuberculose par rapport à sa population. Seize des trente pays à forte charge de tuberculose dans le monde se trouvent dans cette Région. Le taux actuel de diminution de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité tuberculeuse reste bien en deçà des objectifs fixés pour 2030. Des enquêtes récentes sur la prévalence ont montré que seulement la moitié des cas sont détectés, que les formes de tuberculose pharmacorésistante se propagent et que le financement de la lutte contre la tuberculose est globalement insuffisant, en particulier le financement issu de sources nationales.

PROCHAINES ÉTAPES

10. Les États Membres devraient :

- a) élargir l'accès au diagnostic, au traitement et aux soins centrés sur le patient, en s'appuyant la programmation en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle ;
- b) adopter des techniques de diagnostic hautement efficaces, et introduire de nouveaux médicaments et protocoles ;
- c) identifier les groupes clés et introduire un dépistage ciblé intensifié ;
- d) éliminer les lacunes dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pharmacorésistante en plaçant tous les cas confirmés sous traitement ;
- e) accroître sensiblement le financement intérieur alloué aux activités essentielles de lutte contre la tuberculose, et particulièrement le financement destiné aux antituberculeux et aux réactifs de laboratoire.

11. L'OMS devrait :

- a) continuer à fournir un appui à la révision et à l'actualisation des plans nationaux à moyen terme visant à réaliser les politiques et cibles relatives aux objectifs de développement durable et à la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose ;
- b) fournir un appui aux États Membres afin de déterminer la charge de maladie et de suivre les progrès accomplis vers l'atteinte des cibles fixées ;
- c) œuvrer avec les partenaires pour soutenir la mobilisation de ressources additionnelles destinées à la lutte antituberculeuse dans les États Membres.

12. Le Comité régional a pris note du présent rapport de situation et adopté les prochaines étapes proposées.