



**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC56/10
Septembre 2009

Cinquante-sixième session

Original : anglais

Point 12 de l'ordre du jour

Réponse régionale face à la nouvelle menace de tuberculose multirésistante et ultrarésistante

Table des matières

Résumé d'orientation	i
1. Introduction.....	1
1.1 Charge régionale de tuberculose	1
1.2 Charge de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante	1
2. Réponse actuelle apportée au problème de la tuberculose multirésistante	3
2.1 Mesure de la charge morbide à l'aide des enquêtes sur la pharmacorésistance ..	3
2.2 Dépistage dans le cadre d'un réseau de laboratoires de la tuberculose de qualité garantie	3
2.3 Une prise en charge adaptée des cas de tuberculose multirésistante.....	4
2.4 Systèmes de suivi et d'évaluation pour la tuberculose multirésistante	6
3. Questions stratégiques/défis	6
4. Action recommandée	7
5. Conclusions.....	9

Résumé d'orientation

D'importants progrès ont été réalisés dans le domaine de la lutte contre la tuberculose au cours des dix dernières années. Les pays de la Région de la Méditerranée orientale ont lutté efficacement contre le problème de la tuberculose en mettant en œuvre la stratégie DOTS, avec un taux de dépistage atteignant les 60 % pour les nouveaux cas à frottis positif, et un taux de succès thérapeutique de 86 %.

Toutefois, la tuberculose multirésistante (MR) et ultrarésistante (UR) représente une menace pour la sécurité de santé publique régionale et pour les efforts visant à réduire la charge mondiale et régionale de la tuberculose. L'appel de Beijing à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients ainsi que la résolution WHA62.15 (2009) de l'Assemblée mondiale de la santé sur la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante reconnaissent les problèmes que posent ces dernières et préconisent une action urgente pour faire face à la situation.

Le nombre limité d'enquêtes menées sur la pharmacorésistance (dans seulement huit pays) ne permet pas de déterminer la charge exacte de multirésistance dans la Région. Selon le quatrième rapport mondial de l'OMS sur la résistance aux antituberculeux (*Antituberculosis drug resistance in the world*), la prévalence de la multirésistance est de 2 % parmi les nouveaux cas et de 35,3 % parmi les cas de tuberculose retraités dans la Région. On estime à 25 475 le nombre de cas de tuberculose multirésistante dans la Région chaque année.

Face au problème de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, un plan stratégique quinquennal régional pour la lutte contre ces deux formes de la maladie est en phase d'élaboration. L'objectif du projet de plan est de veiller à ce que tous les pays atteignent un accès universel au diagnostic et au traitement des cas de tuberculose MD/UR d'ici 2015.

1. Introduction

1.1 Charge régionale de tuberculose

La Région de la Méditerranée orientale contribue à 6 % des cas de tuberculose estimés et notifiés (tous types), ainsi qu'à 6% des cas de tuberculose pulmonaire estimés et à 5 % des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif notifiés dans le monde.

En 2007, 383 364 cas de tuberculose (nouveaux et rechute) ont été notifiés par les pays de la Région, dont 155 572 étaient de nouveaux cas à frottis positif. On estime à 582 767 cas le nombre total de cas de tuberculose dans la Région cette même année, avec 258 877 nouveaux cas à frottis positif. Le taux de dépistage pour 2007 était de 63 % pour tous les cas et de 60 % pour les nouveaux cas à frottis positif. Le Pakistan et l'Afghanistan contribuent à 58 % du total des cas estimés dans la Région.

Ces dix dernières années, les pays de la Région ont pu lutter efficacement contre la tuberculose par la mise en œuvre du traitement sous observation directe (de courte durée), connu sous le nom de stratégie DOTS, dans les établissements de santé publique, y compris les centres de soins de santé primaires. Entre 1997 et 2007, 2 473 111 cas ont bénéficié de soins antituberculeux adaptés, avec un taux de dépistage atteignant 63 % pour tous les cas et 60 % pour les nouveaux cas à frottis positif, et un taux de succès thérapeutique de 86 %.

Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose étendent les soins antituberculeux pour couvrir des nouveaux éléments de la stratégie Halte à la tuberculose, comme l'approche privé-public, le dépistage actif parmi les groupes à haut risque et les soins pour les patients atteints de tuberculose multirésistante.

Toutefois, 37 % des cas de tuberculose restent privés de soins appropriés et contribuent au développement de la tuberculose multirésistante, et des milliers de cas de cette forme de tuberculose ne sont pas traités.

1.2 Charge de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante

On estime que plus d'un demi million de nouveaux cas de tuberculose multirésistante apparaissent chaque année suite à un traitement inadapté et à la transmission qui en résulte. Aujourd'hui, plus de 50 pays signalent une tuberculose ultrarésistante, sous-type de la tuberculose multirésistante dû à des souches résistantes aux médicaments de seconde intention, et dont les conséquences sont beaucoup plus graves. Pourtant, seulement 3 % des cas de tuberculose multirésistante sont traités selon les normes de l'OMS.

Conscients de la menace que représente la multirésistance pour la sécurité sanitaire dans le monde, les ministres de la Santé des pays à forte charge de tuberculose se sont réunis en avril 2009 et ont lancé l'Appel de Beijing à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients. Cette inquiétude a été de nouveau exprimée par les États Membres lors de la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009, qui ont publié la résolution WHA62.15, Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte.

La multirésistance reflète une mauvaise prise en charge des cas de tuberculose. Cette mauvaise prise en charge se traduit par un diagnostic erroné et tardif, un traitement inadapté ou interrompu, et un mauvais usage des médicaments antituberculeux, de première et seconde intention, notamment du fait d'une faible observance du traitement normalisé par les prestataires de soins privés, d'une vente non réglementée de ces médicaments et d'une utilisation d'antituberculeux de qualité inconnue.

Les enquêtes nationales sur la pharmacorésistance et la surveillance étant limitées, on ne connaît pas la charge exacte de la tuberculose multirésistante dans la Région. Le quatrième rapport mondial de l'OMS sur la résistance aux antituberculeux (*Antituberculosis drug resistance in the world*) reprend les données de huit pays de la Région (Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Liban, Maroc, Oman, Qatar et Yémen). La moyenne pondérée par la population de la tuberculose multirésistante d'après les notifications des pays de la Région est de 2 % parmi les nouveaux cas, 35,3 % parmi les cas déjà traités, et 5,4 % parmi les cas combinés.

Le Liban, le Maroc et Oman ont signalé une faible proportion de multirésistance parmi les nouveaux cas, de 0,5 % au Maroc à 1,3 % à Oman. Le taux de résistance était supérieur au Yémen (2,9 %) et la Jordanie a notifié 5,4 % de multirésistance parmi les nouveaux cas. Toutefois, la Jordanie fait état de taux de succès thérapeutiques élevés et d'un faible nombre de cas nécessitant un nouveau traitement, ce qui donne à penser qu'une évaluation plus poussée serait nécessaire afin de confirmer la forte proportion de tuberculose multirésistante observée parmi les nouveaux cas.

La Jordanie, le Liban et Oman ont notifié des taux très élevés de résistance parmi les cas retraités, toutefois la quantité d'échantillons était faible et les intervalles de confiance étaient importants. Seuls Oman et le Qatar ont indiqué des tendances pour la multirésistance, mais elles sont difficiles à interpréter en raison du nombre limité de cas.

On ne connaît pas non plus l'ampleur de la résistance aux antituberculeux de seconde intention. Les seules données disponibles ont été notifiées par les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran, le Pakistan, le Qatar et Oman, principalement parmi les cas de tuberculose extrapulmonaire. Le Yémen a testé les isolats de tuberculose multirésistante collectés pendant l'enquête nationale sur la pharmacorésistance, afin de détecter une résistance aux médicaments de seconde intention ; aucune forme de résistance n'a toutefois été observée. Le Maroc prévoit de tester les isolats de tuberculose multirésistante collectés dans le cadre de son enquête nationale sur la résistance aux médicaments de seconde intention.

En résumé, les pays obtiennent de bons résultats dans la mise en œuvre de la stratégie DOTS. La charge estimée de la multirésistance dans la Région est modérée par rapport à la charge mondiale (25 000 cas sur 500 000). Toutefois, on ne connaît pas la charge réelle de multirésistance. En outre, la longue durée et le coût élevé du traitement, nettement supérieur au coût normal du traitement de la tuberculose, constituent également une charge pour les systèmes de santé. C'est pourquoi il est important lutter contre ce problème et de poursuivre l'action. L'absence de réaction par une intensification de la réponse régionale et nationale à la multirésistance peut entraîner une épidémie de tuberculose multirésistante et ultrarésistante.

La stratégie Halte à la tuberculose porte sur la prise en charge de la multirésistance et le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 sur les activités et les ressources nécessaires pour la mise en œuvre d'une bonne prise en charge de la tuberculose multirésistante. Toutefois, la réponse au problème de la multirésistance reste faible dans la Région. Le présent document présente la réponse actuelle, les défis et problèmes ainsi que l'action recommandée pour intensifier la réponse régionale.

2. Réponse actuelle apportée au problème de la tuberculose multirésistante

2.1 Mesure de la charge morbide à l'aide des enquêtes sur la pharmacorésistance

Comme mentionné précédemment, la charge de la multirésistance dans la Région n'est pas connue, du fait du nombre limité de pays ayant réalisé des enquêtes sur la résistance aux antituberculeux au niveau national.

Le nombre élevé de pays confrontés à des situations de conflit constitue le principal facteur qui limite l'expansion de la couverture des enquêtes dans la Région. La faiblesse des infrastructures de laboratoires dans de nombreux pays représente un autre facteur de limitation. La Région compte actuellement un seul laboratoire de référence supranational, en l'occurrence le laboratoire de référence national égyptien. Le laboratoire national d'Oman a été désigné comme laboratoire de référence supranational et il est soumis actuellement à une évaluation. Il est prévu de désigner deux autres laboratoires dans la Région dans le courant de l'année prochaine.

Trois pays se proposent actuellement de réaliser une deuxième enquête sur la pharmacorésistance au niveau national en 2010, à savoir l'Égypte, la République arabe syrienne et le Yémen. L'Arabie saoudite et le Soudan ont mis en route des enquêtes sur la pharmacorésistance. La Jamahiriya arabe libyenne, le Pakistan et la Somalie prévoient de réaliser leur première enquête nationale sur la pharmacorésistance au cours de l'année 2010. Les 14 pays pouvant prétendre à une subvention de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont inclus une ou deux enquêtes sur la pharmacorésistance dans leurs plans de travail quinquennaux.

2.2 Dépistage dans le cadre d'un réseau de laboratoires de la tuberculose de qualité garantie

Dans tous les pays de la Région, la microscopie des frottis d'expectorations constitue la base du diagnostic de la tuberculose pulmonaire et elle est réalisée gratuitement dans tous les centres de diagnostic. En outre, tous les pays ont mis en place un réseau national de laboratoires de la tuberculose. Les principaux éléments de ce réseau de laboratoires sont présentés en détail ci-après.

En août 2008, 18 pays signalaient une couverture par le réseau de laboratoires pour la microscopie directe des frottis conforme aux valeurs recommandées d'un laboratoire pour 50 000 à 250 000 habitants. Les quatre pays qui ont une couverture faible (à savoir un laboratoire pour plus de 250 000 habitants) sont l'Égypte, l'Iraq, la Palestine et le Qatar.

Seuls sept pays (Égypte, République islamique d'Iran, Koweït, Maroc, Oman, Qatar et Yémen) disposent d'un réseau pour la microscopie directe des frottis avec une couverture complète en assurance qualité externe. La couverture par l'assurance qualité externe est inférieure à 50 % dans 10 pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Jordanie, Liban, Pakistan, Palestine, Somalie, République arabe syrienne et Tunisie).

Tous les pays disposent de laboratoires de culture à l'exception de Djibouti, de la Palestine et de la Somalie. Six pays (Afghanistan, Iraq, Pakistan, République arabe syrienne, Soudan et Yémen) ont une couverture insuffisante des services de culture, à savoir un seul laboratoire de culture pour plus de 5 millions d'habitants. Les autres pays ont la couverture recommandée par l'OMS pour les laboratoires de culture, qui est de un laboratoire pour 5 millions d'habitants maximum.

Tous les pays disposent de laboratoires pour les tests de sensibilité aux médicaments à l'exception de l'Afghanistan, de Djibouti, de la Palestine et de la Somalie. Les essais d'aptitude pour les laboratoires effectuant les tests de sensibilité aux médicaments sont réalisés systématiquement avec une couverture de 100 % dans six pays : Égypte, République islamique d'Iran, Maroc, Oman, Qatar et Yémen. Ils le sont partiellement à Bahreïn, au Koweït, au Pakistan et en

République arabe syrienne. Les huit pays restants ne disposent pas d'essais d'aptitude pour les laboratoires effectuant les tests de sensibilité aux médicaments.

Tous les pays ont des laboratoires de référence nationaux à l'exception de l'Arabie saoudite, des Émirats arabes unis, de la Palestine et de la Somalie. Il existe un lien entre les laboratoires de référence nationaux et les laboratoires de référence supranationaux en Égypte, en République islamique d'Iran, en Jordanie, au Liban, au Maroc, à Oman, au Qatar, en République arabe syrienne, au Soudan et en Tunisie. L'Arabie saoudite, Djibouti, l'Iraq et la Jamahiriya arabe libyenne s'emploient à établir ce lien. Les autres pays seront progressivement liés à un laboratoire de référence supranational au cours de la période biennale 2010-2011. Dans la majorité des pays ayant des laboratoires effectuant les cultures et tests de sensibilité aux médicaments, ces procédures pour les médicaments de première intention sont recommandées pour les cas qui échouent dans le schéma thérapeutique normal, outre les cas retraités et chroniques.

2.3 Une prise en charge adaptée des cas de tuberculose multirésistante

Une prise en charge adaptée consiste en l'établissement du schéma thérapeutique en fonction des données disponibles, une observation stricte du traitement tout au long de l'hospitalisation et/ou du traitement en ambulatoire avec les personnes chargées de l'appui au traitement, une surveillance des effets indésirables du traitement, un suivi du traitement et une formation des ressources humaines. Elle comprend également la prévention de la transmission de la tuberculose multirésistante par des mesures de lutte contre l'infection adaptées.

La Stratégie Halte à la tuberculose, dans sa seconde composante, appelle à lutter contre la tuberculose multirésistante en renforçant l'accès aux médicaments antituberculeux de seconde intention de qualité garantie et par la prévention du développement de la résistance aux antituberculeux.

L'initiative du Comité Feu vert (CFV), avec le Groupe de travail sur la tuberculose multirésistante dans le cadre du Partenariat Halte à la tuberculose, favorise la mise en œuvre de cette stratégie conformément au Plan mondial Halte à la tuberculose (2006-2015) et au *Global M/XDR-TB response plan* (2007-2008) [Plan d'action mondial 2007-2008 contre la tuberculose à bacilles multirésistants et ultrarésistants].

Créée en 2000, l'initiative du CFV est le mécanisme qui permet l'accès à des médicaments antituberculeux de seconde intention de qualité et abordables pour le traitement de la tuberculose multirésistante. Le Comité Feu vert aide les pays pour l'achat direct médicaments antituberculeux de seconde intention auprès de fournisseurs qualifiés. Cette aide est obtenue par une demande formulée au CFV décrivant la politique nationale pour traiter la multirésistance, y compris les schémas thérapeutiques et les médicaments nécessaires.

Actuellement, l'Égypte, l'Iraq, la Jordanie, le Liban, le Maroc, le Pakistan, la République arabe syrienne et la Tunisie ont des projets approuvés par le Comité Feu vert. Djibouti et le Soudan ont bénéficié d'un soutien technique pour élaborer des propositions à ce même Comité et ont soumis leur demande. L'Iraq et la Somalie sont en phase d'élaboration des propositions pour le Comité Feu vert.

Les capacités en ressources humaines pour le traitement de la tuberculose multirésistante dans la Région ont été renforcées en envoyant des experts assister à des cours de formation internationaux en Lettonie et à des cours régionaux. Durant la période 2007-2008, le CFV a financé deux cours de formation régionaux sur le traitement de la tuberculose multirésistante. Des visites d'étude ont également été effectuées dans certains centres régionaux, notamment en Égypte et en Jordanie.

Tous les pays de la Région disposant de projets approuvés par le CFV se conforment aux cinq composantes de la stratégie contre la tuberculose multirésistante telles qu'indiquées dans l'encadré 1.

Les programmes ont les différentes options suivantes pour les stratégies thérapeutiques.

Traitement normalisé : Les pays avec de projets approuvés par le CFV, à savoir l'Égypte, la Jordanie, le Liban, le Maroc, la République arabe syrienne et la Tunisie, ont adopté des schémas thérapeutiques normalisés conçus sur la base des données représentatives de l'enquête sur la pharmacorésistance des catégories thérapeutiques spécifiques. Toutefois, les cas de tuberculose multirésistante suspectés devraient toujours être confirmés par des tests de sensibilité aux médicaments le cas échéant. Tous les patients dans un groupe ou une catégorie défini(e) bénéficient du même schéma thérapeutique. Le traitement doit durer au moins deux ans, avec une phase initiale de six mois où les patients sont hospitalisés, et la période restante (ou phase de continuation) s'effectue à domicile sous une supervision directe stricte.

Traitement individualisé : Chaque schéma est conçu en fonction des antécédents de traitement antituberculeux et des résultats individuels des tests de sensibilité aux médicaments. Il existe des exemples de stratégies thérapeutiques individualisées dans les projets approuvés par le CFV en Égypte et au Pakistan et dans d'autres pays, mais à une échelle très limitée.

Traitement normalisé avec soutien des patients et supervision L'observation directe du traitement est l'un des principaux facteurs pour prévenir la multirésistance en garantissant une observance totale du traitement. Elle permet également d'améliorer les soins antituberculeux si elle est bien conçue. Dans le contexte de la prise en charge de la multirésistance, il est extrêmement important de veiller à ce que le programme national de lutte contre la tuberculose puisse permettre une observation directe durable du traitement par des phases d'hospitalisation et de soins ambulatoires. Cela permet de garantir l'observance du patient, qui est la condition essentielle à la guérison.

Encadré 1. Cinq composantes de la stratégie DOTS telle qu'appliquée à la tuberculose multirésistante

1. Engagement politique durable
 - Lutte contre les facteurs entraînant l'émergence de la tuberculose multirésistante
 - Investissement à long terme du personnel et des ressources
 - Coordination des efforts entre les communautés, les autorités locales et les organismes internationaux
 - Programme DOTS opérationnel
2. Stratégie de dépistage adaptée comprenant une culture et des tests de sensibilité aux médicaments de qualité garantie
 - Triage rationnel des patients pour les tests de sensibilité aux médicaments et le programme de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante
 - Relations avec le laboratoire de référence pour la tuberculose supranational
3. Stratégies thérapeutiques appropriées qui utilisent des médicaments de seconde intention dans de bonnes conditions de prise en charge des cas
 - Conception rationnelle du traitement (fondée sur des données probantes)
 - Observation directe du traitement
 - Suivi et prise en charge des effets indésirables
 - Ressources humaines correctement formées
4. Continuité de l'approvisionnement en médicaments antituberculeux de seconde intention de qualité garantie
5. Système d'enregistrement et de notification conçu pour les programmes de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante qui permet de surveiller les performances et d'évaluer les résultats thérapeutiques

Tous les pays ont indiqué que l'observation directe du traitement était effectuée au moins pendant la phase intensive pour l'ensemble des patients dans tous les centres sauf en Arabie saoudite, en Jordanie, au Soudan et au Yémen, où elle n'est pas systématique pour tous les patients. Les agents de santé assurent l'appui au traitement principalement dans les soins de santé primaires à Djibouti, en Égypte et au Maroc. Ce sont également eux, et les membres de la famille, qui s'en chargent dans huit pays : Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Iraq, Liban, Palestine, Somalie, Soudan et Tunisie. À Bahreïn, l'appui au traitement incombe aux membres de la famille. Dans les autres pays, cette responsabilité est assumée principalement par les agents de santé, outre les membres de la communauté et de la famille. Les patients bénéficient d'un soutien financier et nutritionnel dans certains pays tels que l'Égypte, l'Iraq, la République arabe syrienne, le Yémen et les pays membres du Conseil de coopération du Golfe.

2.4 Systèmes de suivi et d'évaluation pour la tuberculose multirésistante

Le système d'enregistrement et de notification pour la tuberculose multirésistante comprend des formulaires spécifiques. Certains programmes utilisent des formulaires électroniques en plus des copies papiers, comme l'Égypte et la Jordanie. La supervision de la prise en charge de la tuberculose multirésistante est effectuée généralement par le CFV et les missions d'examen de l'OMS.

Malgré certaines améliorations, les systèmes d'enregistrement et de notification pour la multirésistance ne sont pas totalement conformes aux lignes directrices de l'OMS et il est nécessaire d'aider les pays à procéder à une normalisation de ces systèmes.

3. Questions stratégiques/défis

Capacités de soins limitées

- L'infrastructure du réseau de laboratoire est faible, avec notamment : des systèmes de surveillance déficients pour suivre la performance des laboratoires et l'assurance qualité externe, l'absence d'équipement adapté et de procédure normalisée, une infrastructure médiocre dans certains laboratoires de culture et une sécurité biologique insuffisante.
- Les risques d'infections étant courants dans certains pays, il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur les mesures de lutte contre les infections dans les réseaux de laboratoire et les établissements thérapeutiques.

Traitement non contrôlé

- Le traitement des cas de tuberculose (sensible et résistante aux médicaments) reste non contrôlé dans le secteur privé, même si, avec l'élargissement de l'approche public-privé, de plus en plus d'établissements de santé s'engagent dans le diagnostic et le suivi du traitement des cas de tuberculose. La qualité des services de laboratoire dans les autres secteurs n'est pas toujours optimale.
- Les médicaments antituberculeux (de première et de seconde intention) sont souvent disponibles en vente libre.
- L'observation directe du traitement n'est toujours pas systématique, en particulier lorsque le traitement est fourni uniquement dans les établissements pour maladies respiratoires sans impliquer les unités de soins de santé primaires. Les zones couvertes pour chaque centre des maladies respiratoires étant très étendues, il est impossible à l'ensemble des patients de s'y rendre chaque jour. Le non-respect de l'observation directe du traitement existe également dans d'autres secteurs.

Usage limité des nouvelles technologies

- Seuls quelques laboratoires de la tuberculose utilisent les nouvelles technologies.
- La recherche opérationnelle menée dans le domaine de la prise en charge de la multirésistance est limitée, principalement les nouvelles technologies pour le diagnostic.

Stigmatisation et absence de soutien communautaire

- De nombreux pays signalent des taux élevés de stigmatisation parmi les patients, leurs familles, les communautés et même parmi les agents de santé.
- La participation communautaire sous la forme d'un soutien social aux cas de multirésistance reste très limitée.

Faiblesses du système de santé

- Les entraves aux systèmes de santé tels que l'absence de réseaux de laboratoires bien implantés pour le diagnostic, le manque de structures de soins en établissement pour le traitement et l'absence de systèmes efficaces de gestion des médicaments empêchent souvent la mise en œuvre et le développement du traitement de la tuberculose multirésistante.
- La tuberculose multirésistante est une maladie à déclaration obligatoire selon le Règlement sanitaire international (2005).

Insuffisance des ressources

- Bien que certains pays, en particulier ceux pouvant prétendre aux subventions du Fonds mondial, aient bénéficié d'un soutien pour les soins de la tuberculose multirésistante, nombre d'entre eux n'en ont pas anticipé le coût complet, notamment les laboratoires de sécurité biologique de niveau 3, la lutte contre les infections et les gestion des médicaments. De nombreux pays doivent réviser, si ce n'est élaborer, leur plan de traitement de la tuberculose multirésistante pour répondre à l'éventail complet des besoins.
- Malgré une formation dispensée au niveau international et régional, le nombre d'experts en matière de soins de la tuberculose multirésistante, y compris les experts cliniques et de laboratoires, reste limité dans la Région.

4. Action recommandée

La prise en charge de la multirésistance nécessite des services diagnostiques et thérapeutiques de qualité. Le diagnostic de la tuberculose multirésistante requiert un réseau de laboratoires de qualité soutenu par des laboratoires de référence nationaux pour la culture, les tests de sensibilité aux médicaments et l'assurance qualité externe avec les nouveaux diagnostics. La qualité de la culture et des tests de sensibilité aux médicaments devrait également être vérifiée par des essais d'aptitude effectués généralement par le laboratoire de référence supranational.

Un bon traitement nécessite des schémas appropriés fondés sur les profils de pharmacorésistance dans le pays, des médicaments de qualité pour tous les cas identifiés, sans interruption et conformément aux lignes directrices, et des établissements de soins appropriés, soit pour l'hospitalisation soit pour le traitement en ambulatoire. Les soins des patients et l'observance du traitement supervisé sont essentiels, en plus du soutien social et financier pour le patient et sa famille. La prise en charge des réactions indésirables aux antituberculeux est également très importante : elle comprend des tests de suivi et des soins spéciaux avec des médicaments et des

consultations adaptés. Finalement, la lutte contre les infections pour les processus diagnostiques et thérapeutiques est indispensable pour protéger le personnel, les patients et la communauté et prévenir une infection supplémentaire.

En réponse au défi de la tuberculose MR/UR, un plan stratégique quinquennal régional pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante est en phase d'élaboration sur la base de la résolution WHA62.15, l'Appel de Beijing et la stratégie mondiale Halte à la tuberculose. L'objectif de ce plan est de veiller à ce que tous les pays reçoivent le soutien nécessaire pour instaurer l'accès universel au diagnostic et au traitement de la TB-MR/UR d'ici 2015. Les objectifs spécifiques et les résultats escomptés sont les suivants :

Objectifs

1. Tous les pays renforcent leur réponse face aux défis de la TB-MR/UR d'ici 2010.
2. Tous les pays de la Région instaurent l'accès universel à la prise en charge de la tuberculose multirésistante d'ici 2015.

Résultats escomptés

- Plans stratégiques nationaux pour la TB-MR/UR élaborés, avec notamment propositions de législation pour rationaliser l'usage des antituberculeux et garantir la notification de tous les cas au programme national de lutte contre la tuberculose afin qu'ils soient inclus dans un schéma thérapeutique.
- Normes pour les soins de la tuberculose multirésistante élaborées, avec notamment des lignes directrices ainsi que des matériels et manuels de formation.
- Présence de formateurs dans le domaine de la prise en charge de la tuberculose multirésistante disponibles aux niveaux régional et national.
- Capacités renforcées dans les domaines du diagnostic, des laboratoires de la tuberculose, de la lutte contre les infections, du traitement, de la prise en charge clinique et de la gestion des médicaments, impliquant tous les prestataires de santé, ainsi que dans les domaines de la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale et la recherche opérationnelle.
- Système nominal d'enregistrement et de notification électronique établi pour surveiller les résultats des activités contre la multirésistance (dépistage et résultats du traitement).
- Réseau régional pour la prise en charge de la tuberculose multirésistance (consultants et centres d'excellence) mis en place, en plus d'un mécanisme financier régional pour soutenir les patients.

Le plan stratégique met en évidence les mesures qui doivent être prises par le Bureau régional de l'OMS et les pays et prend en compte la nécessité d'innovations régionales et multipays comme les centres d'excellence. Les mesures proposées concernent les domaines suivants : renforcement des laboratoires nationaux de référence pour la tuberculose afin de garantir une détection appropriée de la multirésistance ; amélioration des capacités cliniques pour la prise en charge des cas de multirésistance ; renforcement de la gestion des médicaments pour ceux de seconde intention, avec notamment continuité des approvisionnements en médicaments de qualité garantie et usage rationnel des antituberculeux ; élargissement du réseau supranational de laboratoires de référence ; renforcement de la lutte contre les infections dans les services de tuberculose ; implication des secteurs privé et public dans la fourniture de soins pour les cas de multirésistance ; et degré de priorité élevé accordé à la multirésistance par la sensibilisation et la mobilisation sociale.

5. Conclusions

Seule une action urgente permettra de faire face à la menace mondiale et régionale de tuberculose, par le biais d'une approche basée sur le système, impliquant les partenaires du système de santé et au-delà. L'absence d'action peut entraîner une épidémie à grande échelle de TB-MR/UR nécessitant un investissement et des efforts nettement plus importants.

Dans la Région, seulement 2 % des cas de tuberculose multirésistante estimés bénéficient d'un traitement recommandé par l'OMS. Cette réponse doit être intensifiée de manière drastique. Cela signifie que les responsables politiques doivent faire preuve d'un véritable engagement politique en garantissant des ressources, à la fois humaines et financières, et en créant un environnement favorable pour la gestion de la qualité, incluant la législation pour rationaliser l'usage des antituberculeux et garantir la notification de tous les cas au programme national de lutte contre la tuberculose afin qu'ils soient inclus dans un schéma thérapeutique. Le rôle des autres prestataires de santé et de la communauté est primordial pour garantir un accès important à des soins appropriés. En tenant compte de l'ensemble des défis et mesures définis dans le plan stratégique, les pays de la Région pourront atteindre les cibles mondiales et régionales et instaurer un accès universel à des soins appropriés pour la tuberculose multirésistante.