

Équipe HTH



Il est temps d'en finir avec la tuberculose.

Justification

La tuberculose est une maladie transmissible et constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde. Jusqu'à l'apparition de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), la tuberculose était la principale cause de décès imputables à un seul agent infectieux, devant le VIH/sida. La tuberculose touche principalement les adultes dans leurs années les plus productives. Toutefois, toutes les tranches d'âge sont exposées. Plus de 80 % des cas de tuberculose et des décès imputables à cette maladie sont enregistrés dans les pays à revenu faible ou moyen. Le suivi et l'évaluation sont essentiels pour mesurer le fardeau de la tuberculose et suivre les progrès réalisés dans la lutte contre la maladie. Le présent aide-mémoire contient une évaluation actualisée de l'épidémie de tuberculose et des progrès accomplis en matière de riposte dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans le cadre des objectifs et stratégies mondiaux.

Messages clés

Dans la Région africaine de l'OMS :

- L'impact de la COVID-19 sur le nombre de personnes nouvellement déclarées atteintes de la tuberculose a été limité. On observe une diminution assez faible (-2,3 %) entre 2019 et 2020 et une augmentation en 2021.
- En 2021, on a estimé à 2,5 millions le nombre de cas de tuberculose, ce qui correspond à 95 % à l'intervalle de confiance entre 2,2 et 2,8 millions : 1,3 million d'hommes (âgés de 15 ans et plus), 0,8 million de femmes (âgées de 15 ans et plus) et 0,3 million d'enfants (âgés de 0 à 14 ans).
- L'incidence de la tuberculose a baissé de 22 %, passant de 270 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 212 cas en 2021. (cible : réduction de 20 % d'ici à 2020).
- En 2020, le taux de guérison de la tuberculose était de 86 % des personnes ayant entamé un traitement ; il était d'environ 83 % en 2015.
- En 2021, environ 501 000 personnes sont mortes de tuberculose (ce qui correspond à 95 % à l'intervalle de confiance entre 436 000 et 571 000), dont 136 000 séropositives pour le VIH.
- En 2021, le Plan mondial 2018-2022 de lutte contre la tuberculose estimait à 3,9 milliards de dollars les besoins de financement pour atteindre les objectifs fixés, mais seulement 0,957 milliard de dollars avaient été mobilisés pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie.

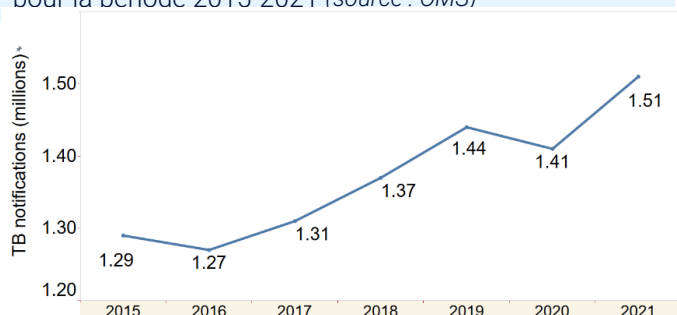
1. COVID-19 et tuberculose

La pandémie de COVID-19 a eu un impact énorme sur la fourniture des services essentiels de lutte contre la tuberculose et sur l'accès à ces services, sur le nombre de personnes diagnostiquées et notifiées comme étant atteintes de tuberculose par les systèmes nationaux de surveillance de la maladie, ainsi que sur la charge de morbidité de la tuberculose (incidence et mortalité).

Notification des cas de tuberculose nouvellement diagnostiqués

L'un des indicateurs les plus largement disponibles qui peut être utilisé pour évaluer l'impact des perturbations liées à la COVID-19 sur les services essentiels de lutte contre la tuberculose aux niveaux mondial, régional et national est le nombre de cas de tuberculose diagnostiqués. Cet indicateur reflète l'impact sur l'accès au diagnostic et au traitement tant du côté de l'offre (par exemple, la capacité à continuer à fournir des services) que du côté de la demande (par exemple, la capacité à rechercher des soins dans le contexte des confinements et des restrictions de mouvement y afférentes, la crainte des risques liés au fait de se rendre dans les établissements de santé pendant une pandémie, et la stigmatisation associée à la similitude des symptômes de la tuberculose et de l'infection à COVID-19).

Figure 1 : Tendances en matière de notification des nouveaux cas de tuberculose dans la Région africaine pour la période 2015-2021 (source : OMS)



- Dans la Région africaine, la COVID-19 a eu un impact moindre sur le nombre de personnes diagnostiquées et officiellement notifiées comme étant atteintes de tuberculose.
- Le nombre de nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués et le nombre de cas notifiés aux gouvernements nationaux sont passés de 1,44 million en 2019 à 1,41 million en 2020. Ce chiffre est passé à 1,51 million en 2021. Toutefois, ces variations sont fonction du pays (Figure 1).
- Dans plusieurs pays, les notifications en 2020 et 2021 ont été supérieures à celles de 2019, le Nigéria en étant l'exemple le plus frappant.
- L'Angola et le Lesotho ont enregistré une baisse en 2020 et un nouveau recul en 2021.
- Le Congo, la Sierra Leone et l'Ouganda ont subi un impact négatif en 2020 mais ont retrouvé leur niveau de 2019 ou plus en 2021.
- Le Mozambique, le Nigéria, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie ont enregistré une augmentation des notifications en 2020 et 2021.

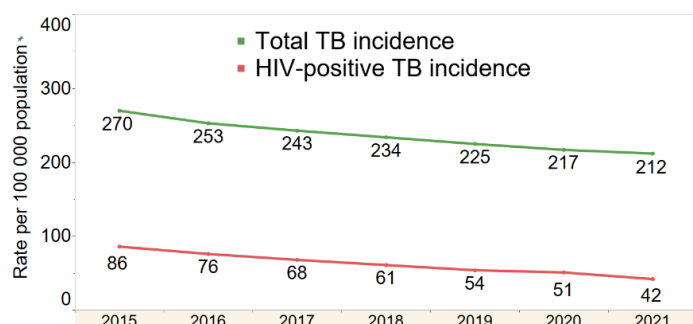
2. Charge de morbidité de la tuberculose

La charge de morbidité de la tuberculose concerne principalement l'incidence, la mortalité et la résistance aux médicaments.

2.1 Incidence de la tuberculose

L'incidence de la tuberculose pendant la pandémie de COVID-19 est beaucoup plus difficile à estimer qu'avant la pandémie. L'OMS a utilisé des méthodes différentes pour estimer l'incidence de la tuberculose dans les pays au cours des périodes 2000-2019 et 2020-2021. Les estimations de l'incidence de la tuberculose en 2020 et 2021 ont été établies à partir de modèles dynamiques propres à chaque pays pour les 27 pays ayant enregistré les plus fortes réductions en valeurs absolues des notifications de tuberculose pendant la pandémie de COVID-19 (à l'exclusion des pays où ces réductions étaient au même niveau qu'avant 2020). Ces estimations étaient également faites à partir de modèles dynamiques propres à chaque région ou à partir des tendances d'avant 2020 pour les autres pays à revenu faible ou moyen. Les estimations pour les pays à revenu élevé étaient réalisées à l'aide des mêmes méthodes que celles utilisées jusqu'en 2019, c'est-à-dire à partir de données de notification assorties d'un ajustement standard.

Figure 2 : Tendances des taux d'incidence estimés de la tuberculose dans la Région africaine pour la période 2015-2021 (source : OMS)

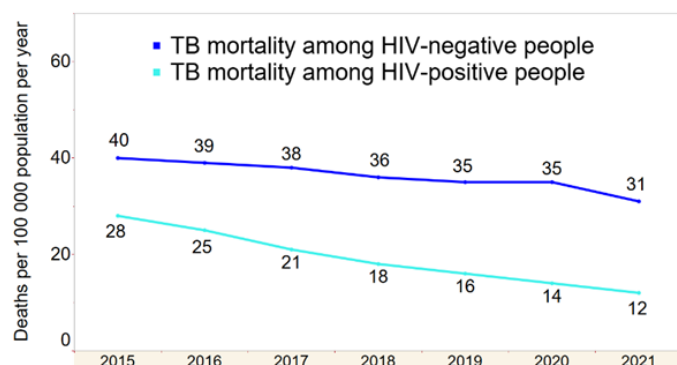


- En 2021, on a estimé à 2,5 millions le nombre de cas de tuberculose, ce qui correspond à 95 % à l'intervalle de confiance qui se situe entre 2,2 et 2,8 millions) : 1,3 million d'hommes (âgés de 15 ans et plus), 0,8 million de femmes (âgées de 15 ans et plus) et 0,3 million d'enfants (âgés de 0 à 14 ans).
- En 2021, 319 000 cas de tuberculose ont été diagnostiqués dans la tranche d'âge des 0 à 14 ans, ce qui représente 9 % du nombre total de nouveaux cas et de rechutes de tuberculose.

- La couverture thérapeutique des enfants de 0 à 14 ans est de 44 %, contre 60 % pour les adultes.
- Un écart important persiste entre le nombre estimé de personnes atteintes de tuberculose et le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, car un million de personnes n'ont pas été diagnostiquées ou n'ont pas été officiellement notifiées aux autorités nationales en 2021, contre 1,1 million en 2019.
- L'incidence de la tuberculose a baissé de 22 %, passant de 270 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 212 cas en 2021 (cible : réduction de 20 % d'ici 2020) ; voir Figure 2.
- Sept pays confrontés à une forte charge de tuberculose ont atteint la première étape de la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose du point de vue de l'incidence de la maladie. Il s'agit de l'Afrique du Sud, de l'Éthiopie, du Kenya, du Lesotho, de la Namibie, de la République-Unie de Tanzanie et de la Zambie.

2.2 Mortalité par tuberculose

Figure 3 : Tendances des taux de mortalité estimés de la tuberculose dans la Région africaine pour la période 2015-2021 (source : OMS)



- En 2021, environ 501 000 personnes sont mortes de la tuberculose (ce qui correspond à 95 % à l'intervalle de confiance, se situant entre 436 000 et 571 000), dont 136 000 séropositives pour le VIH.
- En 2021, le nombre de décès imputables à la tuberculose en valeur absolue a baissé de 26 % par rapport à la valeur de référence de 2015 (la cible est de réduire ce nombre de 35 % d'ici 2020).
- Le taux de mortalité par tuberculose pour 100 000 habitants est en baisse, aussi bien pour les personnes séropositives que pour celles qui sont séronégatives pour le VIH. Cependant, la baisse a été plus rapide chez les personnes séropositives (58 %) que chez les personnes séronégatives (22 %) entre 2015 et 2021.

2.3 Tuberculose résistante aux médicaments

Depuis 1994, l'OMS recueille et analyse systématiquement les données sur les niveaux de résistance aux antituberculeux provenant des pays et territoires. Jusqu'en 2020, ces données ont été utilisées pour produire des estimations du nombre de cas incidents de tuberculose résistante à la rifampicine ou multirésistante, c'est-à-dire résistance à la fois à la rifampicine et à l'isoniazide (tuberculose MDR/RR), et des proportions de cas de tuberculose présentant diverses combinaisons de résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intention, pour la dernière année civile complète. En 2022, de nouvelles méthodes ont été mises au point pour produire des séries chronologiques d'estimations pour la période 2015-2021.

- En 2021, 20 000 des 77 000 cas estimés de tuberculose multirésistante (intervalle d'incertitude de 95 % : 55 000 - 99 000) ont été notifiés, dont 18 900 ont commencé un traitement. Environ 53 % des cas de tuberculose MDR/RR notifiés provenaient d'Afrique du Sud et du Nigéria.
- Le taux de guérison des personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose multirésistante et qui ont commencé un traitement en 2019 était de 71 % dans la Région africaine et de 60 % à l'échelle mondiale.

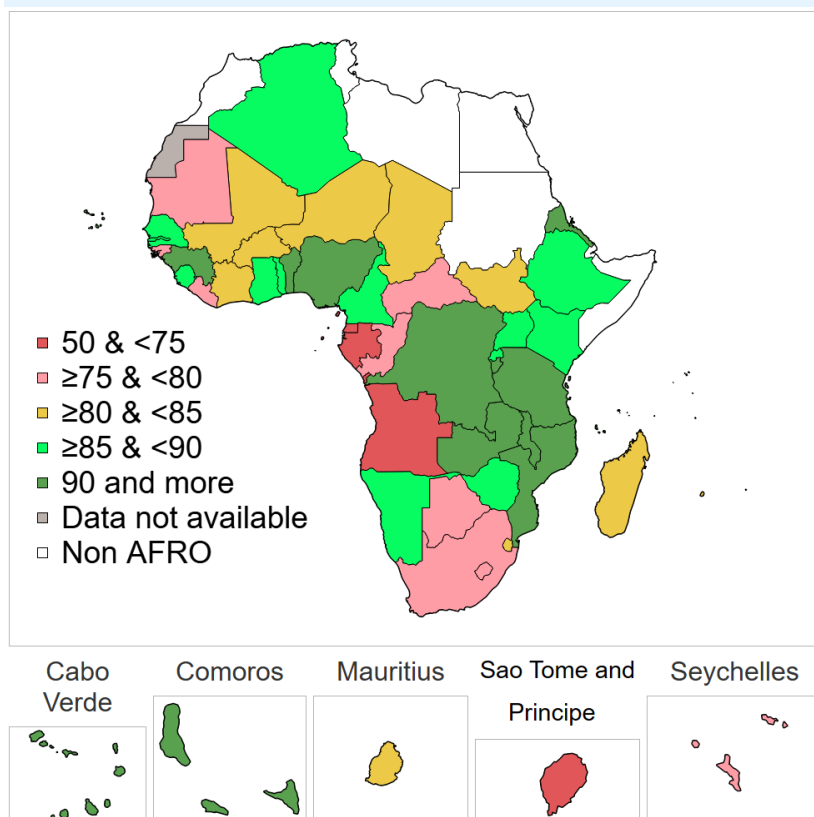
3. Diagnostic et traitement de la tuberculose

Une étape essentielle dans le parcours de soins aux personnes atteintes de tuberculose est la réalisation d'un test de dépistage rapide et fiable. Ces dernières années, des tests moléculaires rapides, très précis et sensibles, ont révolutionné le diagnostic de la tuberculose, pour lequel on utilisait auparavant des méthodes plus traditionnelles de microscopie et de culture.

Les personnes chez qui la tuberculose a été diagnostiquée à l'aide de la culture, des tests moléculaires rapides recommandés par l'OMS, de tests urinaires de lipoarabinomannane à flux latéral (LF-LAM) ou d'un examen microscopique de frottis sont définies comme des cas de tuberculose « confirmés bactériologiquement ». La détection microbiologique de la tuberculose est essentielle car elle permet de diagnostiquer correctement la maladie et de commencer le plus tôt possible le schéma thérapeutique le plus efficace. En l'absence de confirmation bactériologique, les personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose sont classées comme des cas de tuberculose « cliniquement diagnostiqués ». La confirmation bactériologique de la tuberculose est nécessaire pour déterminer la résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intention. Ce type de dépistage peut être réalisé dans des laboratoires de référence à l'aide de tests moléculaires rapides, de tests de sensibilité phénotypique ou d'un séquençage génétique.

- En 2021, environ 89 % des patients tuberculeux signalés dans la Région africaine connaissaient leur statut sérologique pour le VIH ; 20 % d'entre eux étaient séropositifs, dont 93 % sous traitement antirétroviral.
- La proportion de personnes diagnostiquées atteintes de la tuberculose et ayant subi un premier test de diagnostic rapide est passée de 34 % en 2020 à 43 % en 2021.
- **Dans la Région africaine, le taux de guérison de la tuberculose était de 86 % en 2020 chez les personnes ayant commencé un traitement. Il était d'environ 83 % en 2015.**
- Dans l'ensemble, on estime que le traitement antituberculeux et la fourniture des traitements antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH diagnostiquées ont permis d'éviter environ 16 millions de décès entre 2000 et 2021 dans la Région, dont 7,1 millions de décès de personnes séronégatives.

Figure 4 : Taux de guérison des nouveaux cas de tuberculose dans la Région africaine de l'OMS en 2020 (source : OMS)



- En 2020, l'Angola (53 %), le Gabon (63 %) et Sao Tomé-et-Principe (74 %) ont enregistré les taux de guérison des nouveaux cas de tuberculose les plus faibles de la Région africaine.
- La même année, la République-Unie de Tanzanie (96 %), le Burundi (95 %) et le Mozambique (94 %) ont enregistré les taux de guérison des nouveaux cas de tuberculose les plus élevés de la Région africaine.

4. Prévention de la tuberculose

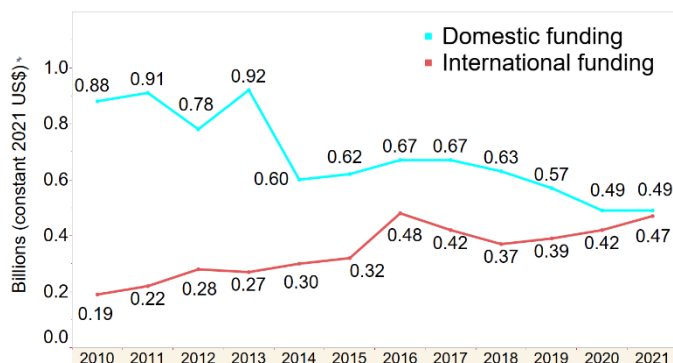
La prévention de l'infection tuberculeuse et l'arrêt de la progression de l'infection vers la maladie sont essentiels pour réduire l'incidence de la tuberculose aux niveaux préconisés par la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose. Les principales interventions de santé permettant de réaliser cette réduction sont : le traitement préventif de la tuberculose recommandé l'OMS aux personnes vivant avec le VIH, aux contacts domestiques des personnes atteintes de tuberculose et à d'autres groupes à risque ; la lutte anti-infectieuse pour la tuberculose ; et la vaccination des enfants par le bacille de Calmette-Guérin (BCG). L'action sur les déterminants plus généraux qui ont une incidence sur les épidémies de tuberculose peut également contribuer à prévenir l'infection par la tuberculose et la maladie.

- Dans la Région africaine, le pourcentage de contacts familiaux des cas de tuberculose âgés de moins de cinq ans sous traitement préventif était de 38 % en 2020 et de 40 % en 2021.
- Le traitement préventif de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH était de 61 % dans la Région africaine en 2021.
- Six pays (Afrique du Sud, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) ont déclaré avoir institué chacun un traitement préventif de la tuberculose chez plus de 200 000 personnes vivant avec le VIH en 2021.

5. Financement de la lutte contre la tuberculose

Pour réduire la charge de la tuberculose, il faut disposer d'un financement suffisant et pérenne sur de nombreuses années. Depuis 2002, l'OMS assure un suivi annuel du financement des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose, sur la base des données communiquées par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNT) dans le cadre des cycles annuels de collecte de données sur la tuberculose dans le monde. Sachant que les données communiquées à l'OMS ne rendent pas compte de la totalité des financements internationaux en faveur de la lutte contre la tuberculose, l'OMS complète chaque année son analyse des données fournies par les PNT par une évaluation de ces financements à partir des rapports des bailleurs de fonds adressés à l'Organisation de coopération et de développement économiques. Depuis 2005, le *Treatment Action Group* assure le suivi du financement de la recherche sur la tuberculose, dont les résultats sont publiés dans un rapport annuel.

Figure 5 : Dépenses consacrées aux services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose à partir de financements nationaux et internationaux dans la Région africaine au cours de la période 2010-2021 (source : OMS)



- En 2021, le Plan mondial 2018-2022 de lutte contre la tuberculose estimait à 3,9 milliards de dollars les besoins de financement pour atteindre les objectifs fixés, mais seulement 0,957 milliard de dollars avaient été mobilisés pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie.
- En 2021, les financements nationaux dans la Région africaine représentaient environ 51 % des fonds destinés à la lutte contre la tuberculose, contre 49 % pour les financements internationaux. Depuis 2016, les financements nationaux sont réduits d'année en année.
- La principale source de financement est le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- Le Gouvernement des États-Unis est le plus grand contributeur au Fonds mondial et aussi le plus grand donateur bilatéral. Au total, il contribue pour plus de 50 % au financement international de la lutte contre la tuberculose.

6. Stratégie pour mettre fin à la tuberculose

Vision et but

La vision de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose est celle d'« un monde sans tuberculose », c'est-à-dire un monde « sans décès, sans maladie et sans souffrance imputables à la tuberculose ». Tous les pays peuvent adopter cette vision dans leurs stratégies et plans nationaux, sans devoir l'adapter.

Indicateurs, cibles et étapes intermédiaires

Les ODD et la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose ont pour but de réduire la charge de morbidité imputable à la tuberculose, mesurée en termes d'incidence de la maladie (nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants par an), de nombre de décès imputables à la tuberculose et de pourcentage des patients atteints de tuberculose et de leurs familles qui doivent faire face à des coûts prohibitifs. La déclaration politique confirme ces objectifs tout en fixant de nouveaux objectifs en matière d'accès aux traitements curatifs et préventifs de la tuberculose, et en termes d'accroissement des financements.

Outre les objectifs de 2030, la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose fixe des étapes intermédiaires à franchir en 2020 et 2025 pour réduire l'incidence de la tuberculose et le nombre de décès imputables à cette maladie. Une réduction de 20 % de l'incidence de la tuberculose et de 35 % du nombre de décès imputables à la maladie est l'objectif pour 2020, en comparaison avec les niveaux de 2015.

Les trois indicateurs de haut niveau de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose sont applicables à tous les pays. Ce sont la réduction du nombre de décès imputables à la tuberculose, la réduction de l'incidence de la tuberculose et l'élimination des coûts prohibitifs. Toutefois, les cibles et les étapes intermédiaires de ces indicateurs peuvent être adaptées par les pays pour prendre en compte des facteurs tels que les différents points de départ, les principales causes des épidémies au niveau national, la politique et la stratégie nationales relatives à la couverture sanitaire universelle et à la protection sociale, ainsi que les interventions planifiées. Les pays devraient définir leurs cibles au niveau national pour répondre aux aspirations mondiales tout en tenant compte de leurs propres spécificités.

En outre, la recherche et l'innovation doivent être intensifiées pour renforcer la disponibilité et l'utilisation à grande échelle de nouveaux outils, y compris la vaccination avant et après l'exposition, des tests de diagnostic de l'infection et de la maladie sur le lieu de soins, et des schémas thérapeutiques plus courts pour la prise en charge de la tuberculose et de l'infection tuberculeuse. Il est également indispensable de disposer de nouveaux outils pour le diagnostic et le traitement de la déficience et du handicap associés à la tuberculose et de tester des modèles efficaces pour une intégration optimale des services de protection sociale et de prise en charge de la tuberculose.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé 2022. [Mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose : points essentiels](#)
2. Organisation mondiale de la Santé. 2022. [Rapport sur la tuberculose dans le monde 2022](#)
3. Organisation mondiale de la Santé. 2023. [COVID-19 et tuberculose](#)
4. Organisation mondiale de la Santé. 2023. [Charge de morbidité de la tuberculose](#)
5. Organisation mondiale de la Santé. 2023. [Diagnostic et traitement de la tuberculose](#)
6. Organisation mondiale de la Santé. 2023. [Prévention de la tuberculose](#)
7. Organisation mondiale de la Santé. 2023. [Financement de la lutte contre la tuberculose](#)
8. Organisation mondiale de la Santé. 2023. [Aide-mémoire sur la tuberculose](#)
9. Organisation mondiale de la Santé. 2023. [Données sur la tuberculose](#)
10. Organisation mondiale de la Santé. 2023. [Suivi et évaluation de la lutte contre la tuberculose](#)

Sources

Les données proviennent de l'OMS : [l'Observatoire mondial de la santé](#) et [l'Observatoire africain de la santé intégré](#).

Photographie : @WHO/Harandane DICKO

Consultez nos autres aide-mémoires dans cette série de profils de santé des pays membres de l'Observatoire africain de la santé intégré :

<https://aho.afro.who.int/country-profiles/af>.

Contactez-nous à l'adresse suivante : IAHO@who.int

Retrouvez-nous sur LinkedIn : <https://www.linkedin.com/company/iaho/>.

Résumé analytique élaboré par :

Monde Mambimongo Wangou, Berence Relisy Ouaya Bouesso, Lydia Norbert, Sokona Sy, Anaclet Nganga Koubemba, Serge Marcial Bataliack, Humphrey Cyprian Karamagi et Lindiwe Elizabeth Makubalo.