



Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose »



Déclaration de Berlin
sur la tuberculose

RÉSUMÉ

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a tenu le Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose » à Berlin (Allemagne) le 22 octobre 2007 afin d'accélérer la réalisation des objectifs mondiaux de lutte contre la tuberculose dans la Région européenne et celle du but 8 de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement : avoir, d'ici à 2015, commencé à inverser l'évolution de l'incidence de la tuberculose. Ont participé au Forum plus de 300 personnes, dont des ministres de la santé, des ministres de la justice et des représentants de haut niveau de 49 des 53 États membres de la Région ainsi que des représentants d'autres organismes des Nations Unies, d'entités intergouvernementales et d'organisations non gouvernementales (ONG). Les participants ont abordé les thèmes suivants :

- la menace que la tuberculose fait peser sur la Région
- la réponse apportée dans la Région et les lacunes qui restent à combler
- la tuberculose en tant que problème de santé publique dans les systèmes de santé nationaux
- les mécanismes et les moyens mis en œuvre pour combattre et éliminer la tuberculose.

Après avoir accepté une offre de partenariat de plus de 45 organisations de la société civile, ils ont adopté, pour conclure, la Déclaration de Berlin sur le tuberculose afin d'aider à combattre cette maladie dans la Région européenne de l'OMS.

Mots clés

TUBERCULOSIS – prevention and control
TUBERCULOSIS – congresses
REGIONAL HEALTH PLANNING
TREATIES
EUROPE

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© Organisation mondiale de la santé 2008

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

TABLE DES MATIÈRES

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Avant-propos | v |
| Déclaration de Berlin sur la tuberculose | 1 |
| Rapport sur le Forum | 5 |
| Introduction | 5 |
| La menace de la tuberculose dans la Région européenne | 6 |
| Réponse de la Région européenne | 8 |
| Comblir les lacunes de la réponse apportée | 10 |
| La tuberculose en tant que problème de santé publique et les moyens de la combattre ou de l'éliminer : l'avis des ministres | 14 |
| Déclaration de Berlin sur la tuberculose | 19 |
| Annexe 1. Séances et interventions | 20 |
| Annexe 2. Offre de partenariat de la société civile aux ministres de la Région européenne | 22 |
| Annexe 3. Participants | 26 |

Avant-propos

La résurgence de la tuberculose a créé, dans la Région européenne de l'OMS, une véritable situation d'urgence. La maladie est présente dans tous les pays de la Région. Personne, en Europe et dans le monde, n'est à l'abri et toute action, pour réussir, doit être intersectorielle.

Il faut donc, si l'on veut inciter tous les acteurs publics, partenaires et intervenants à collaborer dans les pays et dans le monde, instaurer une solidarité politique. Des partenariats fondés sur cette solidarité peuvent aider les systèmes de santé des pays à endiguer la tuberculose, à assurer un dépistage sur le terrain, à former des dispensateurs de services (de soins de santé primaires, en particulier) et à dispenser et faire respecter les traitements. Il faut également agir au niveau international pour combattre les souches pharmacorésistantes. Pour promouvoir la solidarité et aider les pays à prévenir et à combattre la tuberculose, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe collabore notamment avec l'Union européenne, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et diverses organisations non gouvernementales du Partenariat Halte à la tuberculose.

Au Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose », les pays de la Région ont exprimé une nouvelle solidarité et leur engagement à intensifier l'action intersectorielle dans ce domaine en adoptant la Déclaration de Berlin. Cette déclaration changera-t-elle le cours des choses pour les plus de 445 000 habitants de la Région européenne de l'OMS atteints de tuberculose ? Elle le fera si les gouvernements appliquent les décisions prises à Berlin. L'OMS s'engage à les aider en mettant en œuvre des programmes dans les domaines où elle peut apporter une contribution significative et changer le cours des choses. La bonne nouvelle, c'est qu'avec de la volonté et de la détermination, il est possible de relever nombre des défis recensés à Berlin. Nous avons tenu ce Forum pour appeler l'attention sur les problèmes que les systèmes de santé de nos États membres doivent affronter en matière de tuberculose afin que les gouvernements puissent agir en conséquence.

Marc Danzon
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Déclaration de Berlin sur la tuberculose

1. Nous, ministres des États membres de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), réunis avec le directeur régional de l'OMS pour l'Europe et des partenaires de haut niveau lors du Forum ministériel européen de l'OMS sur la tuberculose, qui s'est tenu à Berlin le 22 octobre 2007, **notons avec préoccupation** que la tuberculose redevient une menace de plus en plus lourde pour la sécurité sanitaire dans la Région européenne de l'OMS.

- En 2005, 445 000 nouveaux cas de tuberculose et 66 000 décès liés à la tuberculose ont été recensés dans la Région.
- La Région connaît certains taux de prévalence élevés pour la tuberculose.
- Même dans certains pays à faible incidence, la tendance s'est inversée par rapport au recul précédemment enregistré.
- Dans toute la Région, la présence de la tuberculose est souvent liée à des facteurs socioéconomiques et aux migrations.
- Les pratiques reconnues de lutte contre la tuberculose sont négligées, ce qui a entraîné une importante prévalence de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose ultrarésistante du fait des pratiques humaines.
- Aucune mise au point de nouvelles méthodes de diagnostic, de nouveaux médicaments ou vaccins n'a eu lieu ces dernières décennies.
- Beaucoup de pays de la Région sont confrontés à un manque de ressources humaines compétentes et motivées pour la lutte contre la tuberculose.
- Dans la Région, la tuberculose est la cause de morbidité et de mortalité la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH/sida, et peu de pays luttent de manière globale contre la co-infection tuberculose/VIH.
- La tuberculose fait fi des frontières.

2. Nous **notons** qu'en dépit de certains succès enregistrés au cours des dix dernières années, il convient de continuer à progresser en matière de lutte contre la maladie et d'efforts consentis en vue de son élimination dans la Région.

- On dénombre dans la Région une proportion élevée de traitements à issue défavorable résultant d'une mauvaise application de stratégies de lutte contre la tuberculose internationalement acceptées.
- Il est nécessaire de continuer à intensifier le recours aux diagnostics à qualité contrôlée actuellement disponibles, ainsi qu'à des stratégies de traitement adéquates, fondées sur des bases scientifiques.
- Il faut tenter de maîtriser la tuberculose au sein des groupes à haut risque tels que les populations d'émigrés, les sans-abri, les détenus et les autres groupes socialement vulnérables.
- Il convient de mener des actions ciblées pour lutter contre les co-infections tuberculose multi/ultrarésistante et tuberculose/VIH.
- La prévention, qui englobe le contrôle de l'infection, est un facteur d'importance constante dans la lutte contre la maladie, notamment chez les groupes vulnérables.

- La collecte, la transmission, la validation et l'analyse, réalisées en temps utile, de données de surveillance de qualité sur la tuberculose sont essentielles pour une lutte efficace contre la maladie et des interventions en vue de son élimination.
3. Nous **reconnaissons** que :
- beaucoup de pays ont des plans nationaux de lutte contre la tuberculose ;
 - un plan a été adopté pour contrôler la tuberculose dans les pays à haute priorité de la Région européenne de l'OMS pour la période 2007-2015 et qu'un plan d'action de l'Union européenne (UE) sur la tuberculose est en cours d'élaboration ;
 - les États membres de la Région européenne de l'OMS peuvent apporter une contribution importante, sous forme de compétences et de financement, pour l'élaboration de nouveaux outils en vue du diagnostic, du traitement et de la vaccination ;
 - le financement et l'appui consentis, à l'échelon national et international, aux activités antituberculeuses dans la Région européenne sont plus importants ;
 - l'ancien Secrétaire général des Nations Unies a nommé le docteur Jorge Sampaio, ancien Président portugais, envoyé spécial pour le programme Halte à la tuberculose ;
 - le Partenariat Halte à la tuberculose pour l'Europe et l'Asie centrale a été instauré avec une aide substantielle du Partenariat Halte à la tuberculose.
4. Nous **notons avec préoccupation** les lacunes à combler pour parvenir à la mise en œuvre intégrale de la stratégie Halte à la tuberculose pour lutter efficacement contre cette maladie et **convenons** des priorités suivantes :
- promouvoir un accès universel à la stratégie Halte à la tuberculose en renforçant le secteur de la santé et en s'assurant la participation de tous les organismes dispensateurs de services de santé, qu'ils soient privés ou publics, civils ou pénitentiaires, qui devraient tous suivre les *International Standards for Tuberculosis Care* (Normes internationales pour le traitement de la tuberculose) et promouvoir la *Patients' Charter* (Charte du patient) ;
 - reconnaître la société civile et les communautés touchées comme des partenaires essentiels de la lutte contre la tuberculose et les faire participer à celle-ci ;
 - remédier au manque de fonds signalé dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 en augmentant de façon durable et ciblée le financement local, national et international, avec établissement de priorités précises ;
 - donner à la lutte contre la tuberculose un caractère hautement prioritaire dans les plans de développement nationaux présentés pour un financement extérieur ;
 - faire un meilleur usage des outils efficaces actuellement disponibles, et mettre au point de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins grâce à la recherche fondamentale et au développement de produits, y compris dans le cadre de partenariats entre le public et le privé, dans l'industrie privée et dans les instituts nationaux de recherche ;

- intégrer la tuberculose aux programmes de traitement et de soins contre le VIH, puisque ces deux maladies prises ensemble représentent une combinaison mortelle plus destructrice que chacune d'entre elles séparément ;
 - consentir des efforts particuliers pour veiller à ce que les populations extrêmement vulnérables, notamment les migrants pourvus ou non de documents, aient accès à des services adéquats, adaptés aux diverses cultures et où des soins de qualité sont fournis contre la tuberculose ;
 - promouvoir un partenariat et une coordination plus étroits entre les secteurs des services sanitaires, pénitentiaires et sociaux, ainsi qu'une collaboration transfrontalière.
5. Dès lors, nous **nous engageons** à réagir sans attendre à la situation actuelle.
- a) Nous **renforcerons** :
- l'engagement politique ;
 - les systèmes de santé publique et les services sociaux ;
 - l'engagement de tous les prestataires de soins ;
 - les capacités en ressources humaines, de manière adéquate, tant en qualité qu'en quantité, pour des soins efficaces contre la tuberculose ;
 - les bases factuelles sous-tendant les politiques et pratiques en matière de tuberculose, et ce en intensifiant la surveillance et le suivi de la maladie ;
 - la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH ;
 - la collaboration avec le secteur privé ;
 - la coordination aux niveaux national et international ;
 - la participation de la société civile.
- b) Nous **adopterons** la stratégie Halte à la tuberculose en tous ses points, et ce faisant :
- nous assurerons l'expansion et l'intensification de l'application de la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe, dont la qualité est élevée ;
 - nous relèverons le défi – entre autres – de la tuberculose multirésistante, ultrarésistante ou liée au VIH, notamment chez les populations à haut risque ;
 - nous intégrerons les soins dispensés contre la tuberculose dans les services de santé généraux et renforcerons les activités visant à consolider les systèmes de santé ;
 - nous obtiendrons un engagement de la part de tous les prestataires de soins ;
 - nous renforcerons l'autonomie des personnes souffrant de tuberculose et des communautés dont elles font partie, et éliminerons la stigmatisation ;
 - nous permettrons et encouragerons la recherche de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins, ainsi que la recherche opérationnelle basée sur des programmes.

- c) Nous **nous efforcerons** de garantir un financement durable par les mesures suivantes :
- la mise en œuvre des résolutions sur la prévention et la lutte antituberculeuses, telles qu'elles ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé en 2005 et 2007¹ ;
 - le soutien au Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, en collaboration avec les pays du G8 ;
 - la sollicitation de fonds issus de mécanismes multilatéraux appropriés aux niveaux international et européen, comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, UNITAID, la Fondation Bill et Melinda Gates et d'autres organismes intergouvernementaux et philanthropiques, ainsi que de mécanismes bilatéraux.
- d) Nous **affecterons** ces fonds pour :
- garantir la mise en œuvre de plans régionaux et nationaux de lutte antituberculeuse, dont le Plan Halte à la tuberculose de l'OMS dans les pays à haute priorité de la Région européenne de l'OMS ;
 - combler le déficit de financement résultant de la différence entre l'ensemble des moyens disponibles et les ressources nécessaires pour contrôler la tuberculose et accélérer la mise au point de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins dans le but d'atteindre, d'ici à 2015, la cible concernant la tuberculose dans les objectifs du Millénaire pour le développement.

6. Nous nous **engageons** à assurer un suivi étroit et une évaluation précise de la mise en œuvre des mesures détaillées dans la présente Déclaration, et exhortons le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en partenariat avec l'Union européenne et d'autres institutions et organismes régionaux concernés, à instaurer des forums et des mécanismes adéquats avec participation de la société civile, des collectivités et du secteur privé, entre autres, pour réaliser des estimations des progrès accomplis au niveau de la Région, et ce une année sur deux à compter de 2009.

¹ Résolutions WHA58.14 de l'Assemblée mondiale de la santé sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses et WHA60.19 sur la lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme.

Rapport sur le Forum

Introduction

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a tenu le Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose » à Berlin (Allemagne) le 22 octobre 2007 afin d'accélérer la réalisation des objectifs mondiaux de lutte contre la tuberculose dans la Région européenne et celle du but 8 de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, qui consiste à avoir, d'ici à 2015, commencé à inverser l'évolution de l'incidence de la tuberculose. Le Forum avait pour buts :

- d'accroître l'appui politique à la mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS dans l'ensemble de la Région et d'inscrire la lutte contre cette maladie dans le renforcement des systèmes de santé ;
- d'obtenir de tous les États membres qu'ils s'engagent à assurer un financement intégral et approprié de la lutte contre la tuberculose conformément à la résolution WHA 58.14 de l'Assemblée mondiale de la santé sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses ;
- d'adopter la déclaration de Berlin sur la tuberculose ;
- d'approuver le Partenariat européen Halte à la tuberculose.

Ont participé au Forum plus de 300 personnes, dont des ministres de la santé, des ministres de la justice et des représentants de haut niveau de 49 des 53 États membres de la Région ainsi que des représentants d'autres organismes des Nations Unies, d'entités intergouvernementales et d'organisations non gouvernementales (ONG). Le 21 octobre, en outre, l'Open Society Institute a organisé, à l'intention de la société civile, une réunion à laquelle ont participé des représentants des communautés particulièrement touchées par la tuberculose et des professionnels de santé qui travaillent avec eux. Cette réunion avait pour but d'inciter un vaste réseau d'ONG à accélérer, par la promotion et par le financement, le progrès de la lutte contre la tuberculose en Europe. Les participants ont élaboré une offre de partenariat, qu'ils ont présentée au Forum. On trouvera, à l'annexe 1, une liste des séances et des intervenants. L'annexe 2, quant à elle, reprend l'offre de partenariat. L'annexe 3, enfin, dresse la liste des participants au Forum.

Dans son discours, Jorge Sampaio, envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour la lutte contre la tuberculose et ancien Président du Portugal, a exhorté les ministres européens de la santé à user de leur influence pour combattre la tuberculose dans la Région, et ce malgré les pressions qui s'exerçaient pour leur faire réduire les dépenses de santé. La pandémie de sida, de tuberculose et de paludisme menaçait la santé et la sécurité mondiales, tandis que la Commission européenne, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM) et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe voyaient dans la tuberculose une grave menace pour la santé dans la Région. Il fallait d'urgence entreprendre des recherches pour trouver de nouvelles méthodes de diagnostic et de nouveaux médicaments. Face aux nouveaux problèmes posés par la co-infection tuberculose/VIH et par les tuberculoses multirésistantes et ultrarésistantes, il fallait mettre en œuvre des initiatives conjointes, des services intégrés, des systèmes de santé adaptés et des programmes efficaces. Pour des raisons de sécurité, d'efficacité, de politique et d'éthique, il fallait réduire l'écart de santé entre les populations et les pays riches et pauvres.

Il fallait mieux coordonner la lutte contre le sida et la tuberculose pour améliorer la santé dans le monde et renforcer les systèmes de santé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le

développement (OMD). Pour combattre la tuberculose, il fallait de la résolution politique, des moyens financiers appropriés, de nouveaux partenariats et une stratégie associant pensée globale et action locale. L'investissement dans la tuberculose pourrait montrer comment concevoir de nouveaux et meilleurs moyens de répondre aux besoins de santé prioritaires.

Au fil des discussions, les participants ont constamment rappelé le lourd tribut payé à la tuberculose, notant que pendant la durée du Forum, 420 habitants de la Région avaient été infectés, 66 personnes étaient décédées et 280 avaient été guéries.

La menace de la tuberculose dans la Région européenne

Trop de gens contractaient la tuberculose et mourraient de cette maladie pourtant curable. En 2005, dans le monde, on avait recensé 8,8 millions de nouveaux cas et 1,6 million de décès.

Dans la Région européenne de l'OMS, les pays occidentaux étaient encore loin d'avoir éliminé la maladie et en Europe orientale, la situation frisait la tragédie. En 2005, on avait recensé 445 000 nouveaux cas et 66 000 décès, soit 7 décès par heure. On observait, en matière d'incidence, une nette évolution ouest-est : tandis que dans la Région, la moyenne était, pour 100 000 habitants, de 50 cas, on recensait 13 cas dans les 15 pays qui avaient adhéré à l'Union européenne avant 2004, 25 dans les pays qui avaient rejoint l'Union en 2004, 51 en Bulgarie, en Croatie, en Roumanie, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine et en Turquie et 103 dans les autres pays frontaliers de l'Union. Dans les 18 pays de la Région hautement prioritaires pour ce qui est de la tuberculose (Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bulgarie, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Moldova, Ouzbékistan, Roumanie, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan et Ukraine), l'incidence était comparable à celle observée dans les pays en développement. Enfin, les taux supérieurs et inférieurs recensés dans la Région stagnaient.

Bien que 85 % des cas de tuberculose s'observassent dans la partie orientale de la Région, la maladie posait des problèmes dans tous les pays. Les raisons en étaient la médiocrité des programmes antituberculeux, la mauvaise prise en charge des tuberculoses multirésistantes et ultrarésistantes (mauvaise gestion des patients et faiblesse des réseaux de laboratoires), la co-infection tuberculose/VIH, l'absence d'intégration des programmes dans les systèmes nationaux de santé et de soins primaires, et la participation insuffisante de la société civile.

La Région s'efforçait d'atteindre des buts ambitieux. Outre le but des OMD, le Partenariat Halte à la tuberculose visait à réduire, d'ici à 2015, la prévalence de la tuberculose et la mortalité associée de 50 % par rapport aux niveaux de 1990 et à éliminer, d'ici à 2050, la tuberculose en atteignant un taux inférieur à 1 cas par million d'habitants. Tout comme la Région africaine, malheureusement, la Région européenne était mal partie pour atteindre le but des OMD et se heurtait à nombre d'obstacles. Il y avait, d'abord, la tuberculose pharmacorésistante : parmi les 18 pays hautement prioritaires de la Région figuraient les 13 qui comptaient les taux les plus élevés de tuberculose multirésistante. Il y avait, ensuite, les migrations – question abordée par la Présidence portugaise de l'Union européenne –, qui favorisaient la circulation de la maladie dans la Région et dans le monde, ce qui voulait dire que pour réussir, il fallait combattre la maladie au niveau mondial. Il y avait, enfin, l'augmentation de la prévalence de la tuberculose et de la mortalité associée depuis 1990, qui rendait plus difficilement réalisable l'objectif de réduire de moitié, d'ici 2015, les niveaux de 1990.

Outre la maladie et la mort, la tuberculose et la stigmatisation associée causaient d'importantes souffrances. Les personnes et les communautés touchées avaient donc un important rôle à jouer dans la lutte contre ce fléau.

L'expérience des pays

L'expérience des pays illustre certains des problèmes de la Région et certaines des réponses apportées. En Moldova, par exemple, du fait des problèmes économiques, le budget de la santé était limité à 10 dollars par personne, de sorte que la situation de la tuberculose avait empiré. La morbidité et la mortalité avaient doublé et les groupes vulnérables étaient plus exposés. Entre 1997 et 2000, seules 30 % des personnes atteintes de tuberculose avaient été traitées, de sorte que le nombre de cas de tuberculose chronique ou pharmacorésistante avait augmenté, de même que l'incidence de la maladie dans les prisons. Entre 1998 et 2006, de surcroît, l'incidence des co-infections tuberculose/VIH avait fortement augmenté.

Depuis 2001, la coopération instaurée entre le gouvernement et des organisations internationales et bilatérales avait amélioré la situation. Grâce à l'assistance de donateurs, on diagnostiquait et traitait rapidement plus de 65 % des nouveaux cas. On disposait maintenant de traitements conformes aux normes internationales. Depuis 2004, date d'instauration de l'assurance-maladie obligatoire, la population bénéficiait de services de détection et de traitement rapides. Les pouvoirs publics et les donateurs ayant davantage investi dans les traitements, les personnes atteintes de tuberculose résistante étaient traitées. La formation des étudiants en médecine s'était améliorée et une campagne d'information sur la tuberculose avait été lancée en 2005. Un nouveau programme de traitement avait été lancé en 2006. Au cours des neuf premiers mois de 2007, la morbidité liée à la tuberculose avait diminué de plus de 9 %. Il demeurait important de garantir un traitement à tous les types de tuberculeux. La coopération produisait de bons résultats et l'assistance des donateurs demeurait essentielle. Maintenant que les priorités avaient été fixées, la Moldova disposait de nouveaux moyens pour combattre la tuberculose et atteindre le but des OMD.

Au Kirghizistan, la lutte contre la tuberculose était une priorité. L'assistance d'organisations internationales avait permis au pays d'appliquer la stratégie de traitement de courte durée sous surveillance directe et d'améliorer la formation des médecins, l'offre de médicaments et le contrôle de la qualité des laboratoires. Le gouvernement avait émis des directives claires. Les ministères de la santé, de la justice, des finances et de la défense collaboraient pour assurer une mise en œuvre coordonnée des programmes de lutte contre la maladie et les services étaient assurés par le système de soins primaires. Des traitements étaient maintenant dispensés à tous les nouveaux patients atteints de tuberculose.

La situation, néanmoins, demeurait préoccupante. Depuis 1994, la tuberculose avait progressé dans tous les groupes de population, avec une multiplication par douze de la morbidité. On recensait 110,9 cas pour 100 000 habitants et 59 % des patients étaient dans un état grave, souvent lié à un diagnostic tardif et à une pharmacorésistance. La mortalité avait diminué, mais parmi les personnes décédées, 84 % étaient atteintes d'une forme chronique. Parmi les personnes atteintes de tuberculose, 19,1 % l'étaient d'une forme multirésistante. La population était mal informée, les moyens limités, l'argent pour les médicaments et la détection insuffisant, de même que les moyens de radiographie, et le personnel qualifié tendait à émigrer. Le Kirghizistan s'employait en priorité à enrayer la propagation de la forme multirésistante de la maladie et continuait à coordonner son action avec celle d'organisations internationales.

Réponse de la Région européenne

L'OMS mettait en œuvre la stratégie Halte à la tuberculose² et, pour atteindre les OMD, le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015³. La stratégie comprenait six volets :

1. développement et intensification du traitement de courte durée sous surveillance directe ;
2. prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH, de la tuberculose multirésistante et d'autres problèmes ;
3. contribution au renforcement des systèmes de santé ;
4. mobilisation de tous les prestataires de soins ;
5. responsabilisation des patients et des collectivités ;
6. promotion de la recherche.

Le but était de traiter 50 millions de patients, de sauver 14 millions de vies et de trouver de nouveaux moyens d'éliminer la tuberculose dans le monde. Pour endiguer et éliminer la tuberculose dans la Région européenne, il fallait 15 milliards de dollars supplémentaires, nécessaires pour accomplir six tâches essentielles :

1. améliorer la prise en charge de la tuberculose et renforcer les services de santé ;
2. instaurer une collaboration transeuropéenne à des fins telles que la surveillance ;
3. prendre en charge les populations migrantes ;
4. traiter les déterminants de la tuberculose ;
5. appuyer la lutte contre la tuberculose dans le monde ;
6. intensifier la recherche de nouveaux outils.

La Région connaissait, en matière de lutte contre la tuberculose, d'importantes difficultés. La première tenait à la mauvaise couverture des services : en 2005, seuls 60 % des habitants bénéficiaient d'un traitement de courte durée sous surveillance directe. Les systèmes de santé étaient excessivement hiérarchisés, segmentés et inefficaces. La lutte contre la maladie se heurtait à la pharmacorésistance, à la co-infection tuberculose/VIH ainsi qu'au surpeuplement et au sous-équipement des prisons (foyers de tuberculose et d'autres maladies). Enfin, l'information était déficiente et déformée par les préjugés de la population et des dirigeants.

Pour combattre la tuberculose, cependant, la Région disposait également d'atouts : la détermination du Comité régional de l'OMS pour l'Europe⁴ et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à combattre le problème, le Plan Halte à la tuberculose (2007-2015) mis en œuvre dans les 18 pays hautement prioritaires de la Région européenne de l'OMS⁵, la réforme des systèmes de santé engagée dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale, l'appui du Partenariat Halte à

² Stratégie Halte à la tuberculose [site web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/en/index.html, 28 octobre 2007).

³ Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 [site web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (http://www.who.int/tb/features_archive/global_plan_to_stop_tb/en/index.html, 28 octobre 2007).

⁴ *Résolution EUR/RC52/R8 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur l'intensification de la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_5, 28 octobre 2007)

⁵ *Plan Halte à la tuberculose dans 18 pays hautement prioritaires de la Région européenne de l'OMS, 2007-2015*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (sous presse).

la tuberculose, la création du Partenariat européen Halte à la tuberculose et l'offre de fonds de sources telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le Plan Halte à la tuberculose dans les 18 pays hautement prioritaires énonçait des mesures rationnelles de santé publique à mettre en œuvre en collaboration avec le système de santé général, système dont le renforcement était l'une des finalités principales du Plan. Celui-ci se fixait, pour 2010, d'ambitieux objectifs :

- étendre le traitement sous surveillance directe à l'ensemble de la population ;
- porter le taux de détection de la tuberculose à 70 % ;
- porter le taux de guérison des tuberculoses sensibles aux traitements à 85 % ;
- porter, pour ce qui est des tests de pharmacosensibilité, la capacité des laboratoires à 90 % ;
- porter le taux de traitement des tuberculoses multirésistantes à 70 % ;
- proposer, en matière de VIH, des conseils et un dépistage à l'ensemble des patients ;
- traiter la tuberculose au niveau des soins primaires chez 70 % des patients.

Pour atteindre ces objectifs, il fallait accroître fortement les taux actuels. Il fallait obtenir, au niveau national, un financement viable. On estimait ne disposer que de 45 % des 14,8 milliards de dollars nécessaires au Plan. Il fallait, pour combler ce manque, que les gouvernements portent leur allocation de 1 à 3,1 dollars par personne ou de 0,1 à 0,3 % de leurs dépenses annuelles de santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe traitait ces questions dans l'optique de la conférence sur le renforcement des systèmes de santé qui se tiendrait en 2008, liant l'action menée pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé à celle menée pour réduire la pauvreté et l'exclusion sociale afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose.

Dans l'Union européenne, les problèmes actuels posés par la tuberculose avaient incité le Commissaire chargé de la santé à demander au CEPCM de proposer un plan d'action que la Commission mettrait en œuvre. Ces problèmes étaient les suivants :

- l'hétérogénéité de l'incidence de la tuberculose dans l'Union (allant de 4 à 135 cas pour 100 000 habitants, avec une moyenne de 18), qui imposait d'adapter les stratégies utilisées à chaque situation ;
- la forte morbidité liée à la tuberculose observée dans les groupes vulnérables (détenus, citoyens pauvres, immigrants et personnes âgées) des pays à faible incidence, qui imposait de mieux détecter et combattre cette maladie ;
- la proportion des cas de tuberculose ayant leur origine dans la population autochtone (plus de 80 %), même si dans douze États Membres de l'Union, les cas importés représentaient plus de 40 % du total ;
- la prévalence de la tuberculose multirésistante dans l'ensemble de l'Union et l'apparition de tuberculose ultrarésistante.

Le plan en cours d'élaboration visait donc deux groupes de pays : ceux à incidence faible ou modérée et ceux à forte incidence. L'Union européenne devait collaborer avec les pays dont les cas de tuberculose étaient originaires et prendre part à une collaboration mondiale.

L'objectif à long terme du plan était de combattre, puis d'éliminer la tuberculose de l'Union européenne. Il visait trois buts :

- sensibiliser les dirigeants et le public à la tuberculose en tant que problème européen de santé publique ;

- appuyer l'action menée par les pays en fonction de leur situation épidémiologique ;
- aider les pays dont les cas de tuberculose étaient originaires.

Le document-cadre envisageait huit domaines d'action stratégique :

1. renforcement de la sensibilisation et de la capacité des systèmes de santé par des moyens appropriés et du personnel (public et privé) qualifié pour détecter et traiter correctement les cas de tuberculose ;
2. surveillance continue devant étayer l'action de santé publique ;
3. renforcement des services de détection et de contrôle des laboratoires ;
4. offre rapide de soins de qualité à tous pour prévenir la transmission de la maladie ;
5. traitement des tuberculoses multirésistantes et ultrarésistantes par des soins et une gestion de qualité pour enrayer leur propagation ;
6. traitement de la co-infection tuberculose/VIH, l'infection à VIH favorisant la progression de la tuberculose, en particulier de la forme multirésistante ;
7. mise au point d'urgence (tuberculoses multirésistantes et ultrarésistantes, co-infection tuberculose/VIH) de nouveaux vaccins, médicaments et diagnostics ;
8. renforcement de la collaboration avec les pays à forte incidence situés hors de l'Union européenne et partenariat avec toutes les parties intéressées.

L'OMS était, pour l'élaboration du plan, un important partenaire. Le CEPCM et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe étaient déjà convenus d'assurer une surveillance conjointe de la tuberculose et du VIH dans l'ensemble de la Région européenne. Il serait utilisé une structure de communication unique qui décrirait, selon des critères communs, les activités partagées. Cette structure aiderait à suivre les progrès de la lutte contre la tuberculose. Le plan d'action européen s'alignerait sur le Plan Halte à la tuberculose dans les 18 pays hautement prioritaires de la Région européenne de l'OMS (dont cinq – Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie et Roumanie – étaient membres de l'Union européenne) et sur le Plan mondial Halte à la tuberculose. Les huit domaines d'action stratégique du plan de l'Union européenne compléteraient les stratégies et interventions proposées dans le Plan européen de l'OMS.

Les étapes suivantes consisteraient à présenter le document-cadre aux ministres de la santé de l'Union en décembre 2007 et à mettre au point des activités techniques dans les pays en 2008.

Comblent les lacunes de la réponse apportée

D'autres partenaires et parties intéressées – donateurs, organisations internationales, programmes de recherche européens, pays et organisations de la société civile – contribuaient fortement à la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS. Tout en se concentrant sur quelques aspects pour optimiser leur réponse, ils collaboraient avec de nombreux partenaires et appelaient à poursuivre la coopération, la coordination et l'innovation. Comme les outils utilisés pour prévenir et traiter la tuberculose avaient 40 à 80 ans, de nombreux acteurs en recherchaient de nouveaux. Pour les financer, il fallait disposer de fonds bien supérieurs.

La Fondation Bill et Melinda Gates, par exemple, investissait, dans le cadre de son action contre les maladies infectieuses, dans la mise au point de nouveaux vaccins antituberculeux. Grâce à cet investissement, six subiraient leur deuxième phase d'essais en 2008 et un des essais cliniques

dans les trois prochaines années. L'Alliance mondiale pour la mise au point d'antituberculeux recherchait de nouveaux médicaments. La Fondation Gates investissait également, par un don de 740 millions de dollars qu'elle avait accordé sur les trois dernières années au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, dans la mise au point de nouvelles méthodes de diagnostic.

Des programmes-cadres européens appuyaient des projets de recherche multilatéraux et transnationaux mis en œuvre dans l'Union européenne pour compléter l'action menée par les États. Ces programmes privilégiaient la tuberculose. Le sixième programme-cadre avait consacré 61 millions d'euros à la recherche sur la tuberculose. Le septième (PC7) disposait, pour 2007-2013, d'un budget de 6,1 milliards d'euros destiné, pour l'essentiel, à des projets menés en coopération avec plusieurs États Membres. Il avait principalement pour buts d'améliorer la santé des Européens, d'accroître la compétitivité du secteur européen de la santé et de faire face aux crises sanitaires mondiales, y compris aux nouvelles épidémies. Ses trois principales activités – biotechnologie, outils génériques et technologie médicale ; recherche appliquée à la santé ; et optimisation de la dispensation des soins de santé aux Européens – appuyaient la recherche sur la tuberculose. En 2007, les premières propositions concernaient notamment la mise au point de tests rapides de diagnostic de la tuberculose multirésistante et de l'infection tuberculeuse latente. Les priorités du PC7, pour ce qui était de la tuberculose, étaient d'avoir :

- plusieurs candidats vaccins en première phase d'essais cliniques ou au-delà et une deuxième génération de candidats prêts pour la phase clinique ;
- des composés pharmaceutiques prometteurs prêts pour la phase clinique ;
- un réseau européen de prise en charge des tuberculoses multirésistantes et ultrarésistantes ;
- une meilleure offre de vaccins et d'antituberculeux aux patients de pays en développement.

Du financement nécessaire au Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, soit 56 milliards de dollars, on ne disposait que de 40 à 50 %. Les pays fournissaient plus de la moitié des fonds. Le reste venait d'organisations multilatérales (Fonds mondial, Banque mondiale, UNITAID et OMS) et bilatérales (agences de développement du Canada, de l'Italie, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et des États-Unis). De 2002 à 2007, le Fonds mondial avait dépensé 7,7 milliards de dollars, dont 16 % consacrés à la tuberculose. Ce chiffre reflétait la demande des pays.

En septembre 2007, dans la Région européenne, il avait été décaissé 111 millions de dollars et approuvé des dons pour l'Albanie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, l'ex-République yougoslave de Macédoine la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Monténégro, la Moldova, la Roumanie, la Serbie (et la Province du Kosovo administrée par l'ONU), le Tadjikistan et l'Ouzbékistan. La plupart des dons fonctionnaient mieux que ceux accordés pour le sida et pour le paludisme ; les systèmes d'approvisionnement étaient solides. Les programmes appuyés par le Fonds mondial signalaient qu'entre mi-2005 et mi-2006, le recours au traitement de courte durée sous surveillance directe avait augmenté de 140 %. Il fallait développer les programmes, ce qui se heurtait aux difficultés suivantes :

1. accroître les ressources ;
2. élaborer et mettre en œuvre une stratégie de promotion ;
3. créer une demande de dons plus ambitieux aux fins du Plan mondial ;
4. associer, à tous les stades, la société civile à des partenariats efficaces ;

5. créer une capacité (assistance technique) ;
6. harmoniser et aligner les dons ;
7. veiller à ce que les pays à revenus moyens bénéficient du Fonds mondial ;
8. pérenniser le financement accordé par les donateurs et par les pays.

La Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) avait mis en place un programme mondial destiné à appuyer la réalisation des OMD. La réalisation de ses quatre buts – atténuer les effets des catastrophes ; atténuer l'effet des maladies et des urgences sanitaires ; accroître l'aptitude des collectivités, de la société civile et de la FICR à résoudre les situations de vulnérabilité les plus urgentes ; et promouvoir le respect de la diversité et de la dignité humaine et combattre l'intolérance, la discrimination et l'exclusion sociale – incluait l'atténuation des souffrances causées par la tuberculose. Les sociétés nationales affiliées pouvaient grandement contribuer aux activités de prévention, de dépistage et de prise en charge, par exemple, pour accroître l'efficacité des traitements. Elles dispensaient également des soins et des conseils dans la collectivité. La lutte contre la tuberculose devait être intégrante, associant les patients et la collectivité. Pour accélérer les résultats, il fallait se tourner vers la collectivité et associer tous les partenaires à la prise de décisions et à la planification des activités.

La FICR était déterminée à combattre la tuberculose et à atteindre les OMD avec, comme principale stratégie, le partenariat. Elle abritait le Secrétariat du Partenariat Halte à la tuberculose depuis 2006 afin de promouvoir une réponse collective à la grave menace que représentait la tuberculose. En 2008, ce serait au tour du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe d'accueillir le Partenariat.

Les pays étaient les partenaires les plus importants. La Fédération de Russie, par exemple, prenait des mesures d'urgence et consacrait des moyens supplémentaires à la lutte contre la tuberculose. La maladie y demeurait très répandue, mais la situation se stabilisait ; 80 000 vies avaient été sauvées et dans les prisons, la maladie avait fortement régressé grâce à un retour à la prévention. Le dépistage s'était amélioré après un investissement de 4 milliards de roubles. En 2006, le pays avait détecté 117 646 cas de tuberculose, 12 948 co-infections tuberculose/VIH et 4056 cas de tuberculose multirésistante primaire. L'État procurait les médicaments nécessaires pour traiter les co-infections. Un système national de suivi de la tuberculose avait été mis en place aux niveaux fédéral, régional et local. Au titre de programmes régionaux et fédéraux, l'État procurait du matériel de traitement et formait du personnel. Le nombre de spécialistes de la tuberculose, malheureusement, avait diminué, et l'État s'efforçait d'en former de nouveaux. Le sous-programme pour la tuberculose 2007-2011 avait un budget total de 1,06 million de dollars ; 62,8 % seraient inscrits aux budgets régionaux et 79,6 % consacrés aux médicaments. Plusieurs milliards de dollars, cependant, seraient mis à disposition chaque année dans le cadre d'un projet national prioritaire destiné à renforcer le système de santé entre 2006 et 2010. En 2006 et 2007, de nouveaux équipements de diagnostic avaient été installés dans des établissements de santé : plus de 4000 appareils d'échographie, plus de 3000 appareils de radiographie et près de 300 appareils de laboratoire.

En 2005, la Fédération de Russie avait doublé sa contribution au Fonds mondial (40 millions de dollars). D'ici à 2010, elle devrait avoir remboursé au Fonds quelque 270 millions de dollars. Le pays s'employait à respecter les engagements qu'il avait pris dans le cadre du G8 : enrayer la tuberculose, continuer d'appuyer le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et mieux coordonner la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH. Les objectifs à long terme de la Fédération de Russie pour ce qui est d'améliorer la prise en charge de la tuberculose sont :

1. d'élaborer une stratégie nationale de lutte contre la tuberculose ;
2. d'améliorer le système de suivi de la tuberculose ;
3. de renforcer les moyens humains ;
4. d'améliorer le réseau de laboratoires et son équipement ;
5. d'améliorer l'issue des traitements et la prévention de la tuberculose multirésistante ;
6. de continuer à mettre en œuvre, avec l'appui de la Banque mondiale et du Fonds mondial, des projets et programmes très efficaces de lutte contre la tuberculose.

Le Gouvernement allemand s'employait à atteindre, en matière de lutte contre la tuberculose, les objectifs nationaux qu'il s'était fixés et les objectifs internationaux. Il dépenserait 500 millions d'euros pour combattre la maladie en 2008 et s'était engagé à dépenser 4 milliards d'ici à 2015. En sus d'avoir célébré la Journée mondiale de la tuberculose en mars 2007, l'Allemagne avait accueilli, en septembre, la réunion des donateurs du Fonds mondial. Le pays finançait également de nombreuses activités dans des pays en développement d'Afrique, d'Asie et du Caucase. Il préconisait fermement, pour aider les pays à renforcer leur système de santé, à mieux détecter la tuberculose et à y faire face, d'adopter une approche intégrée et d'accorder un appui bilatéral.

Grâce à un don du Fonds mondial, en outre, le Tadjikistan avait développé ses services et programmes de lutte contre la tuberculose.

La tuberculose frappant les groupes vulnérables dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS, les organisations de la société civile avaient beaucoup à proposer pour combattre la maladie. Elles avaient une expérience directe des groupes vulnérables et marginalisés (les Roms, par exemple), entretenaient avec eux des liens particuliers et préconisaient le partenariat. Elles pouvaient aider les pouvoirs publics à joindre ces groupes et à concevoir des programmes innovants. Les pouvoirs publics, de leur côté, pouvaient fournir à des programmes efficaces de la société civile des moyens et un appui supplémentaires. Les organisations de la société civile convenaient avec d'autres acteurs que les fonds disponibles étaient loin d'être suffisants pour mener des recherches, combattre la tuberculose multirésistante, assurer le suivi psychosocial des patients et combattre la stigmatisation.

Plus de 45 organisations de la société civile s'étaient jointes pour faire aux ministres de la Région européenne une offre de partenariat (annexe 2), que les participants au Forum ont acceptée.

Messages à faire passer

Des débats du Forum, il est ressorti trois messages forts pour la Région européenne de l'OMS.

1. La tuberculose menace l'ensemble de la Région. Si près de 80 % des cas proviennent de la partie orientale de la Région, quelques pays occidentaux à la morbidité relativement faible ont vu leur déclin s'inverser. On observe dans la Région plusieurs évolutions inquiétantes : les taux les plus élevés au monde de tuberculoses multirésistantes et ultrarésistantes, la tuberculose comme facteur le plus fréquent de morbidité et de mortalité chez les personnes infectées par le VIH, le risque de maladie lié aux migrations intérieures et extérieures, l'absence de nouveaux diagnostics, médicaments ou vaccins, la pénurie de spécialistes de la tuberculose dans la plupart des pays de la Région et le manque d'intégration des activités de lutte contre la tuberculose dans les systèmes de santé nationaux. Pour résoudre

- ce problème qui touche l'ensemble de la Région, il faut prendre des mesures appropriées, adaptées aux besoins et à la situation des pays.
2. Il faudrait que les gouvernements combattent correctement la tuberculose. Pour enrayer ou éliminer cette maladie, les pays ont à leur disposition de nombreux outils, notamment la stratégie mondiale Halte à la tuberculose avec ses composantes et ses orientations, le Plan et les recommandations stratégiques pour la Région élaborés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, le plan d'action qu'élabore actuellement le CEPCM et les plans nationaux qui suivent les recommandations internationales. Pour combler, cependant, les importantes lacunes de l'action menée dans la Région, les pays pourraient beaucoup faire, notamment :
 - assurer un accès universel à la stratégie Halte à la tuberculose en renforçant le secteur de la santé et en s'assurant la participation de tous les organismes dispensateurs de services de santé, qu'ils soient privés ou publics, civils ou pénitentiaires ;
 - veiller à ce que toutes les populations vulnérables aient accès à des services appropriés dispensant des soins de qualité et à ce que la tuberculose soit intégrée aux programmes de traitement et de prise en charge de l'infection à VIH ;
 - mettre au point de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins grâce à la recherche fondamentale et au développement de produits, y compris dans le cadre de partenariats entre le public et le privé, dans l'industrie privée et dans les instituts nationaux de recherche ;
 - faire de la société civile et des communautés touchées des partenaires essentiels de la lutte contre la tuberculose ;
 - veiller à ce que la pénurie de fonds puisse être résolue par un financement local, national et international accru, hiérarchisé, soutenu et ciblé.
 3. Pour combattre le problème de santé publique qu'est la tuberculose, il faut instaurer un partenariat dans la Région. Il faut favoriser et appuyer le partenariat et la coordination des différents secteurs – santé, système pénitentiaire, services sociaux, etc. – ainsi que la collaboration interpays et régionale. Ce partenariat devrait associer non seulement les gouvernements des États membres, mais aussi des partenaires et des organismes techniques tels que l'OMS, le Fonds mondial, la Fondation Bill et Melinda Gates, ainsi que d'autres organismes et pays donateurs.

La tuberculose en tant que problème de santé publique et les moyens de la combattre ou de l'éliminer : l'avis des ministres

Des ministres de la santé, un ministre de la justice et d'autres hauts responsables de pays européens ont formé deux groupes pour examiner le problème que pose la tuberculose dans leurs systèmes de santé et les mécanismes mis en place pour la combattre ou l'éliminer et pour obtenir les moyens nécessaires.

Problème de santé publique

L'impact de la tuberculose et de l'action des systèmes de santé variait avec l'incidence et les moyens des pays. En Bulgarie, par exemple, l'incidence avait doublé entre 1990 et 1998, atteignant 49,9 cas pour 100 000 habitants, alors qu'elle était tombée à 39 cas en 2006. En 2003, par conséquent, le pays avait institué le traitement de courte durée sous surveillance directe et s'était

fixé des objectifs nationaux inspirés des OMD : ramener l'incidence de la tuberculose à 20 cas pour 100 000 habitants d'ici à 2015, porter le taux de réussite des traitements à 77 % et appliquer correctement le traitement de courte durée. Le cinquième programme national de lutte contre la tuberculose (2007-2011) comprenait un plan d'action fondé sur le traitement de courte durée et le Plan mondial visant à réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose. Le ministère de la santé avait alloué d'importants fonds à cet effet, les manques étant comblés par des donateurs. Au cours des cinq prochaines années, le pays et le Fonds mondial dépenseraient, respectivement, 27 millions et 14 millions d'euros pour combattre la tuberculose dans cinq domaines :

- collecte de données, surveillance, diagnostic et traitement ;
- création d'un réseau de laboratoires ;
- formation complémentaire des médecins à la tuberculose, y compris multirésistante ;
- création d'un réseau de centres antituberculeux ;
- action auprès des groupes vulnérables.

Il importait que la Bulgarie combatte la tuberculose en coopération avec des organisations internationales et conçoive des actions locales avec la société civile.

Le Kirghizistan avait, outre une forte incidence de la tuberculose, un problème avec ses prisons : plus du tiers de ses 12 000 détenus étaient atteints de la maladie. Cela présentait un risque à la fois pour les détenus et pour la population. Pour faire face à cette situation et se hisser aux normes internationales, le pays avait adopté un plan de réforme pénitentiaire jusqu'en 2015. Les prisons à l'ancienne entassaient les détenus ensemble, ce qui favorisait la propagation de la maladie. Le Kirghizistan avait demandé à des organisations internationales de l'aider à réformer son système carcéral et, en particulier, à réduire la concentration des détenus. La FICR avait analysé et évalué la situation : avec l'aide du Fonds mondial, de Médecins Sans Frontières et d'autres organisations, le Kirghizistan avait pris les premières mesures d'un programme de réforme : réduire le nombre de peines de prison, partager ses problèmes avec ses partenaires et œuvrer pour améliorer la nutrition des détenus malades (mesure que l'Allemagne avait appuyée à hauteur de 300 000 euros). En outre, des accords avaient été signés avec le ministère de la santé pour améliorer le suivi psychosocial des détenus et prévenir la propagation de la maladie une fois les détenus libérés. Pour résoudre d'autres problèmes, comme pour améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose pour se hisser aux normes internationales, le pays accueillait favorablement toute coopération.

En Ukraine, la tuberculose posait un grave problème. L'épidémie avait commencé en 1995, la morbidité avait triplé au cours des 15 dernières années et la co-infection tuberculose/VIH se développait. En 2005, le pays avait instauré le traitement de courte durée sous surveillance directe et en 2007, une stratégie de lutte contre la tuberculose, celle-ci étant considérée comme une menace pour la sécurité. Pour combattre le problème, l'Ukraine s'efforçait d'améliorer le niveau de vie et les services de lutte contre la tuberculose. Elle avait amélioré ses laboratoires et proposé des traitements standard, ce qui avait stabilisé, puis légèrement réduit la morbidité et la mortalité. Le nouveau programme national pour 2007-2011 visait à améliorer le diagnostic en laboratoire, les traitements, la formation des dispensateurs de services et l'information du public.

La Croatie avait, en matière de tuberculose, une incidence moyenne (26 cas pour 100 000 habitants, avec 90 % de cas pulmonaires), qui avait constamment diminué au cours des cinq années précédentes. La pharmacorésistance ne posait pas de problème particulier. Le point fort du programme croate de lutte contre la tuberculose était son réseau de laboratoires. Il avait été

proposé de faire du laboratoire national de référence un laboratoire de référence supranational. En 2009, la Croatie accueillerait la conférence sur l'union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires dans la Région européenne.

En Italie, l'incidence de la tuberculose était faible, avec 7,48 cas pour 100 000 habitants. Le ministère de la santé avait chargé un comité d'actualiser les priorités et directives nationales relatives, par exemple, à la recherche des contacts, à la gestion factuelle de la co-infection tuberculose/VIH et de la tuberculose des migrants originaires de pays à forte incidence, et à la collecte d'informations sur la tuberculose multirésistante. Il fallait, pour assurer une détection rapide, doter chaque région d'un plan de surveillance. Le plan Halte à la tuberculose en Italie comprenait des actions stratégiques et dix mesures de lutte contre la maladie. L'Italie devait agir sur les facteurs sociaux pour prévenir la maladie. Elle combattait les maladies de la pauvreté et créerait, à cette fin et pour la santé des migrants, un centre national. Le pays était conscient de l'intérêt que présentaient, pour la Région, le Plan Halte à la tuberculose et le futur plan d'action européen. Il continuerait de combattre la tuberculose par la coopération internationale et de travailler avec la société civile.

À Malte, l'incidence de la tuberculose avait constamment diminué de 1920 à 1977 (sauf pendant la deuxième guerre mondiale), mais la forme pulmonaire avait récemment augmenté, surtout parmi les immigrés illégaux. Ces derniers, qui formaient 0,5 % de la population, provenaient le plus souvent de pays d'Afrique subsaharienne à forte incidence de tuberculose et d'infection à VIH. En 2006, Malte avait recensé deux cas de tuberculose multirésistante. Les pouvoirs publics concentraient leur action sur ce groupe vulnérable, appliquant une stratégie de confinement, de détection rapide, de traitement et d'information des immigrés illégaux. À leur arrivée, ces derniers subissaient tous un dépistage de la tuberculose et d'autres infections. Ceux atteints de tuberculose se voyaient proposer un traitement de courte durée sous surveillance directe avec, en 2002-2005, un taux de guérison de 99 %. Malte sollicitait des fonds européens pour construire un centre de dépistage. Le ministère de la santé, des personnes âgées et de la protection sociale exhortait les autres pays qui recevaient des immigrés illégaux à affronter également ce problème.

Au Royaume-Uni, l'incidence de la tuberculose était faible en termes de santé publique, mais elle avait augmenté de 11 % en 2005. Outre l'élaboration d'un plan d'action en 2004, le pays avait tenu, en 2005, une grande réunion des parties intéressées. Dans le contexte de la décentralisation des services de santé, il avait été publié, en 2007, un référentiel à l'intention des responsables des services. Les priorités étaient le diagnostic précoce, le traitement rapide et le suivi des patients.

Mécanismes mis en place pour combattre ou éliminer la tuberculose et obtenir les moyens nécessaires

Les pays à incidence élevée ou moyenne s'employaient à combattre la tuberculose. Les autres visaient son élimination. Tous mettaient en œuvre des projets, des programmes et des stratégies. Pour combattre la maladie, il fallait, en règle générale :

- une volonté et une détermination politiques du pays ;
- un bon système de diagnostic ;
- un traitement et un suivi standard ;
- un approvisionnement continu en médicaments ;
- un suivi épidémiologique constant.

Certains pays préconisaient d'aider les groupes vulnérables et d'intégrer les services de lutte contre la tuberculose au système de santé. Les partenariats – avec des donateurs, des organisations internationales telles que l'OMS et la société civile – étaient des outils et des sources de moyens à ne pas négliger. Pour obtenir les ressources nécessaires, il pouvait être utile de faire montre de détermination politique, qui pouvait inciter les pouvoirs publics à financer des projets, et de convaincre des donateurs, en particulier le Fonds mondial.

Au Bélarus, le programme national de lutte contre la tuberculose incluait le recours au traitement de courte durée sous surveillance directe (depuis 2005), l'achat centralisé de médicaments et l'aide aux groupes vulnérables. La morbidité liée à la tuberculose avait diminué de 5 % en deux ans. Le ministère de la santé coordonnait l'activité que tous les services médicaux, ministères et départements menaient dans ce domaine. Les fonds publics alloués à la stratégie nationale ne couvrant pas tous les équipements de laboratoire et médicaments nécessaires, le ministère de la santé avait obtenu, pour régler ces achats, un don du Fonds mondial. Le ministère appuyait une approche intégrée et internationale de la tuberculose. Il fallait que les pays recherchent de nouveaux médicaments et moyens de protéger le personnel médical, et envisagent les aspects juridiques d'un refus de suivre un traitement.

La Bosnie-Herzégovine avait introduit le traitement de courte durée sous surveillance directe en 1995. En 2006, l'incidence de la tuberculose était tombée à 50 cas pour 100 000 habitants, se stabilisant avec une tendance à la baisse. L'incidence des tuberculoses résistantes et des co-infections tuberculose/VIH était faible. La médecine de famille jouait un rôle essentiel. L'expérience du pays donnait des indications quant à la façon de combattre la tuberculose. Il fallait, par exemple, que le programme national recense les goulets d'étranglement et les priorités. Il fallait que le ministère de la santé utilise les informations disponibles pour élaborer une stratégie répondant aux besoins du pays. Il fallait que le gouvernement adopte un programme de mise en valeur des ressources humaines, de prise en charge de la maladie et de participation de la collectivité. Il fallait, pour pouvoir mener à bien toutes les activités prévues, planifier et former du personnel. Le financement étant également essentiel, il fallait que les ministères de la santé et des finances collaborent pour obtenir des fonds et développer l'infrastructure sanitaire. Le partenariat était un autre facteur clé : le partenariat public-privé, par exemple, était utile pour assurer divers types de soins et innover en matière de diagnostic et de traitement. Il fallait davantage prêter attention à la collectivité et donner aux équipes soignantes davantage de moyens d'éduquer le public. En associant, enfin, des partenaires internationaux à l'action menée dans un pays, on obtenait de meilleurs résultats.

La Serbie visait à ramener l'incidence de la tuberculose à 25 cas pour 100 000 habitants d'ici à 2009. Elle avait reçu, aux fins d'un projet quinquennal visant à réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose, 4 millions de dollars du Fonds mondial et une importante dotation publique. Le ministère de la santé avait créé une cellule de mise en œuvre de projets. Le pays s'employait à améliorer la dispensation des soins. Tous les personnels (y compris les médecins pénitentiaires) avaient été formés au traitement de courte durée sous surveillance directe. Les équipements de laboratoire avaient été renouvelés et tous les médicaments de première intention contre la tuberculose étaient utilisés et proposés gratuitement aux patients. Le système d'information avait été amélioré et un dépistage actif était mis en œuvre pour les groupes vulnérables. Les priorités étaient d'intensifier la mise en œuvre du traitement de courte durée sous surveillance directe et d'accroître le financement de la lutte contre la tuberculose.

L'ex-République yougoslave de Macédoine était déterminée à intensifier sa coopération nationale et internationale pour combattre, puis éliminer la tuberculose. Depuis 2002, le pays recevait, avec d'excellents résultats, l'essentiel du financement nécessaire à son action du Fonds mondial et il continuait à mettre en œuvre un projet financé par un don. En 2007, de surcroît, il avait commencé à traiter les tuberculoses résistantes. Comme exemples de mécanismes efficaces de coopération avec des partenaires internationaux, on pouvait citer les accords biennaux de collaboration négociés avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le Réseau-santé pour l'Europe du Sud-Est. Les membres du Réseau pouvaient collaborer dans le cadre du PC7. Au niveau du pays, l'action se concentrait sur la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose et sur le renforcement du système de santé, notamment de ses effectifs. On s'employait également à renforcer la structure de prise en charge de la maladie en veillant à utiliser les fonds de manière rationnelle et à combattre la stigmatisation sociale. Il fallait, pour obtenir des résultats, instaurer une coopération efficace avec les pouvoirs publics et les dirigeants, et coordonner l'action du gouvernement, des professionnels, des ONG, des patients et des autres intervenants.

Pour combattre la tuberculose, la France mettait en œuvre plusieurs mécanismes clés :

1. Il fallait assurer la gratuité des soins aux patients. Il fallait intégrer correctement les services de lutte contre la tuberculose au système de santé, et intégrer les programmes de lutte contre la tuberculose et le sida. Il existait deux nouveaux problèmes : la perte de compétences spécialisées et les disparités démographiques face à la tuberculose. Les dispensateurs de soins devaient être mieux formés et travailler dans la collectivité.
2. Il fallait régulièrement actualiser la politique pour l'adapter aux circonstances et élaborer une nouvelle stratégie de détection et de traitement rapides incluant, en particulier, l'appui aux patients et leur étroite observation.
3. Pour mener des campagnes et assurer un suivi, il importait d'agir en partenariat. Les patients avaient un important rôle à jouer. Pour assurer le suivi, il fallait coopérer avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et d'autres partenaires.
4. Au niveau international, la France appuyait le Fonds mondial.

Les Pays-Bas énonçaient trois principes. Premièrement, l'interaction entre l'infection à VIH et la tuberculose imposait l'adoption d'une approche intégrée. Le projet de déclaration proposé au Forum reflétait cette approche, que les Pays-Bas avaient adoptée pour combattre ces maladies. Deuxièmement, la société civile était un partenaire essentiel. Aux Pays-Bas, par exemple, des ONG participaient à cette activité depuis plus de 100 ans. Les organisations de la société civile, qui facilitaient l'innovation et son acceptation par les groupes à risque, étaient essentielles pour l'aide aux groupes vulnérables. Les femmes, en particulier, méritaient une attention particulière, la traite et les abus sexuels les exposant à des risques accrus. Troisièmement, les gouvernements et les donateurs étaient collectivement responsables du financement. De nombreux donateurs, malheureusement, se retiraient d'Europe centrale et orientale, pourtant durement touchée par la tuberculose. On pourrait demander au G8 et à l'Union européenne de fournir davantage de moyens.

La Pologne avait une longue tradition de lutte contre la tuberculose, ayant ramené la très forte incidence relevée après la deuxième guerre mondiale à 22 cas pour 100 000 habitants en 2006. La tuberculose résistante ne posait pas de problème particulier : tous les cas concernaient des patients qui n'avaient pas observé leur traitement. Le programme national était inscrit dans la législation. Il était toujours important d'assurer la qualité des services de laboratoire. La situation du pays s'était grandement améliorée, mais beaucoup restait à faire compte tenu, en particulier,

de l'immigration. L'incidence de la tuberculose restant le double de ce qu'elle était dans l'Union européenne, il fallait poursuivre le combat. Le pays s'inquiétait d'une résurgence de la maladie et participait à toutes les initiatives prises par l'OMS et par d'autres organisations internationales pour la combattre.

En Slovénie, l'incidence de la tuberculose ayant diminué au cours des dix dernières années pour atteindre 10 cas pour 100 000 habitants, on s'employait à éliminer la maladie. On y pratiquait le dépistage passif et actif et l'assurance-maladie couvrait tous les services. La tuberculose résistante ne posait pas de problème particulier. Le pays avait besoin d'une infrastructure sanitaire moderne, d'infirmières spécialisées et d'une meilleure surveillance des groupes à risque. Peu de pays avaient atteint les objectifs de l'OMS relatifs à la détection et au traitement des cas. Il fallait, pour cela, appliquer les stratégies de manière plus cohérente. Parmi les intervenants, il fallait que ceux du niveau national financent suffisamment la lutte contre la tuberculose et que ceux des niveaux européen et international favorisent le partenariat et la coordination.

Conclusions

1. La question qui se pose à la Région européenne de l'OMS est : comment aller de l'avant contre la tuberculose ? Ce qu'il faut, on le sait très bien : détermination politique, intégration de la lutte contre la tuberculose au système de santé et aux soins primaires, financements nationaux et internationaux, et élévation de la lutte contre la tuberculose au rang de véritable priorité nationale.
2. La mise au point de nouveaux outils stagne. On agit beaucoup, mais il faudrait davantage d'argent et de partenariats pour créer de nouveaux diagnostics, vaccins et médicaments.
3. Il faut réexaminer les méthodes de travail et intégrer les services horizontalement. Il faut, en particulier, examiner de plus près les activités de lutte contre le sida. Il faut, en outre, responsabiliser les personnes atteintes de tuberculose de la même manière que celles infectées par le VIH. Il faut s'orienter plus résolument vers l'action intersectorielle.
4. Le partenariat est essentiel. Le moment est venu de mettre en place des mécanismes de suivi européens.
5. Il faut communiquer plus efficacement sur les risques liés à la tuberculose, en particulier sur les souches résistantes, et combattre les préjugés et la stigmatisation.
6. Le Fonds mondial joue un rôle essentiel, même si l'on peut s'inquiéter de ce que les indicateurs économiques puissent empêcher les pays les plus touchés d'obtenir des financements.
7. Il faut considérablement intensifier l'action menée contre les souches résistantes, ce qui nécessitera un financement bien plus important.

Déclaration de Berlin sur la tuberculose

Les participants ont adopté la Déclaration de Berlin sur la tuberculose. Leur présence au Forum a marqué une étape dans la lutte contre cette maladie en Europe et dans le monde. Il a été formé le vœu que le Forum soit un appel à agir pour combattre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS.

Annexe 1

SEANCES ET INTERVENTIONS

Séance d'ouverture

Présidente : Ulla Schmidt, Ministre fédérale de la santé (Allemagne)

Discours de bienvenue – Ulla Schmidt, Ministre fédérale de la santé (Allemagne), Marc Danzon, Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Discours d'orientation – Jorge Sampaio, Envoyé spécial de l'ONU pour la lutte contre la tuberculose

Tuberculose : la menace est réelle !

Co-présidents : Antonio Correia de Campos, Ministre de la santé (Portugal), Oktay Shiraliyev, Ministre de la santé (Azerbaïdjan)

L'Europe et la peste blanche : loin de l'élimination à l'ouest, près de la catastrophe à l'est – Mario Raviglione, Directeur du Département Halte à la tuberculose, Organisation mondiale de la santé

La tuberculose en Moldova : une menace pour la santé publique ? – Ion Ababii, Ministre de la santé (Moldova)

« Rien pour nous sans nous » : ce que cela signifie en matière de lutte contre la tuberculose – Paul Thorn, Directeur du projet TB Survival (représentant des communautés touchées)

La réponse de la Région européenne

Co-présidents : Dmytro Volodymyrovych Tabachnyk, Vice-Premier ministre (Ukraine), Professeur Aydin (Turquie)

Comment enrayer la tuberculose dans les 18 pays hautement prioritaires de la Région européenne de l'OMS – Nata Menabde, Directeur régional adjoint, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Principaux domaines d'action contre la tuberculose dans l'Union européenne – Zsuzsana Jakab, Directeur du Centre européen de lutte contre la maladie

Kirghizistan : la lutte contre la tuberculose dans le contexte spécifique du pays – Tuygunaly Abdraimov, Ministre de la santé (Kirghizistan)

Comblé les lacunes

Co-présidents : Erich Stather, Secrétaire d'État, Ministère fédéral de la coopération économique et du développement (Allemagne), Ranohon F. Abdurahmanova, Ministre de la santé (Tadjikistan)

Fédération de Russie : que nous manque-t-il face à la tuberculose ? – Galina Makhakova, Directeur du Département des soins de santé, Ministère de la santé et des affaires sociales (Fédération de Russie)

Outils actuels et futurs – Tadataka Yamada, Président du Global Health Programme, Fondation Bill et Melinda Gates

La recherche sur la tuberculose dans les programmes-cadres européens – Hannu Laang, Direction générale de la recherche, Commission européenne

Le financement de la lutte contre la tuberculose – Michel Kazatchkine, Directeur exécutif, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Notre contribution à la lutte contre la tuberculose : le point de vue de la société civile et de la collectivité – Markku Niskala, Secrétaire général, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Notre offre de partenariat : accepterez-vous ? – Zemfira Kondur, Vice-Présidente, Fonds des femmes rom “Chiricli” (Ukraine)

Messages à faire passer – Eugen Nicolaescu, Ministre de la santé (Roumanie)

Débat ministériel

Débat 1. Quelles sont la place et l'importance de la tuberculose en tant que problème de santé publique dans les systèmes de santé nationaux ?

Président : David Ross Harper, Directeur général, Ministère de la santé (Royaume-Uni)

Débatants : Valeri Tzekov, Ministre adjoint de la santé (Bulgarie) ; Neven Ljubicic, Ministre de la santé (Croatie) ; Serafino Zucchelli, Ministre adjoint de la santé (Italie) ; Akylbek Japarov, Ministre de la justice (Kirghizistan) ; Louis Charles Deguara, Ministre de la santé (Malte) ; Yuriy Gaidayev, Ministre de la santé (Ukraine)

Débat 2. Comment s'assurer les moyens de combattre et d'éliminer la tuberculose ?

Présidente : Tomica Milosavljevic, Ministre de la santé (Serbie)

Débatants : Vasilli Ivanovich Zharko, Ministre de la santé (Biélorus) ; Ranko Skrbic, Ministre de la santé et de la protection sociale (Republika Srpska, Bosnie-Herzégovine) ; Imer Seljmani, Ministre de la santé (Ex-République yougoslave de Macédoine) ; Paul Bekkers, Ambassadeur pour la lutte contre le sida (Pays-Bas) ; Jaroslaw Pinkas, Sous-Secrétaire d'État (Pologne) ; Zofija Mazej Kukovič, Ministre de la santé (Slovénie)

Comment aller de l'avant ? – Gudjón Magnússon, Directeur de la Division des programmes de santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Déclaration de Berlin : adoption

Co-présidents : Anna Cataldi, Ambassadeur du Partenariat Halte à la tuberculose ; Sandra Elisabeth Roelofs, Première Dame de Géorgie, Ambassadeur du Partenariat Halte à la tuberculose

Séance de clôture

Clôture du Forum – Klaus Theo Schröder, Secrétaire d'État, Ministère fédéral de la santé (Allemagne)

Annexe 2

OFFRE DE PARTENARIAT DE LA SOCIÉTÉ CIVILE AUX MINISTRES DE LA RÉGION EUROPÉENNE⁶

Notre vision de « Tous contre la tuberculose » est née d'une nouvelle relation qui s'est instaurée entre les personnes atteintes de tuberculose et les communautés touchées, les dispensateurs de services sanitaires et sociaux et les pouvoirs publics. Elle repose sur un authentique partenariat.

Nous notons que...

- Tous les pays, peu ou très touchés, doivent affronter la tuberculose, qui menace la santé publique. Bien que la tuberculose soit une maladie évitable et curable, 65 700 habitants de la Région européenne en sont morts en 2005. La tuberculose est une maladie de la pauvreté et de l'inégalité, qui se développe lorsque les individus ou les communautés sont victimes de discrimination ou d'exclusion économique ou sociale. Elle se fait le plus durement sentir chez les plus marginalisés.
- On observe une progression de la co-infection tuberculose/VIH, évolution inquiétante vu les taux élevés d'infection à VIH recensés dans certaines parties d'Europe et compte tenu du fait que la tuberculose est plus difficile à diagnostiquer et souvent bien plus difficile à traiter chez les personnes séropositives.
- La faiblesse de l'infrastructure sanitaire, l'insuffisance des traitements et les difficultés liées à la transition économique de certains pays expliquent le fait que l'Europe ait l'une des incidences les plus élevées au monde des formes multirésistantes et ultrarésistantes de tuberculose.
- Le traitement et la prise en charge de la tuberculose ne se cantonnent pas aux médicaments, mais englobent les besoins émotionnels et psychologiques des patients, de leur famille et de leur communauté.

Nous reconnaissons que...

- Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et d'autres partenaires renforcent l'aptitude des autorités sanitaires à faire face à la tuberculose.
- Les gouvernements de la Région privilégient la lutte contre la tuberculose et intensifient leur action.
- Les autorités nationales et les donateurs accordent à la lutte contre la tuberculose de nouveaux moyens financiers, mais qu'il faudrait faire davantage pour renforcer l'aptitude des systèmes de santé à relever les défis complexes de cette maladie.
- La société civile, dans toute sa diversité, peut jouer un rôle essentiel dans la prévention et le traitement de la tuberculose s'il est mis sur pied des partenariats constructifs pour traiter les problèmes sociaux et économiques qui favorisent l'apparition de la maladie.

⁶ Publiée initialement sur All against tuberculosis in Europe [site web] (<http://www.tbnetwork.eu>, 23 octobre 2007).

- Il faut, à tous les niveaux, nouer des liens plus solides entre les programmes et organismes (gouvernementaux et non gouvernementaux) qui luttent contre la tuberculose et l'infection à VIH si l'on veut combattre et traiter efficacement les deux maladies.
- Il faut d'urgence, si l'on veut faire reculer l'épidémie de tuberculose en Europe et ailleurs, mettre au point des traitements plus courts et efficaces ayant moins d'effets secondaires, des outils de diagnostic plus précis et rapides et des vaccins efficaces.

Pour combattre efficacement la tuberculose, il faut...

- Que la société civile et les patients participent et s'engagent à tous les niveaux des politiques et des programmes de lutte contre la tuberculose.
- Investir durablement dans l'amélioration de la qualité des services et des soins par la mise en œuvre de bonnes pratiques telles que les *International Standards for Tuberculosis Care* (Normes internationales pour le traitement de la tuberculose).
- Apporter un appui financier accru et durable à la recherche fondamentale et à la mise au point de diagnostics, de médicaments et de vaccins contre la tuberculose.
- Participer à l'action menée dans le monde pour combattre la tuberculose. Du fait des voyages et des migrations, toute absence de mesures dans les pays fortement touchés signifie l'apparition de la tuberculose en Europe.
- Traiter les déterminants sociaux de l'épidémie de tuberculose : pauvreté, isolement et incrimination des groupes marginalisés.

Nous offrons...

- De participer à la lutte menée pour combattre la tuberculose aux niveaux personnel, local, national et international.
- De participer au dialogue et à la création de partenariats avec les gouvernements et les dispensateurs de services. Plus précisément, de collaborer avec les autorités sanitaires nationales pour mettre au point diverses méthodes de lutte contre la tuberculose, y compris la continuité des soins.
- D'inviter les communautés à participer à la lutte contre la tuberculose et à obtenir des moyens d'autres secteurs, y compris les services sociaux, les ministères, le secteur privé et des donateurs.
- De mettre à profit l'expérience que nous avons de la prise en charge de la tuberculose et de ses formes multirésistantes et ultrarésistantes, du point de vue des patients sur la maladie, et de la levée des obstacles qui freinent la guérison.
- De mettre à profit notre aptitude à aborder et à comprendre la culture et l'environnement des communautés les plus touchées par la tuberculose, notre accès à ces réseaux et l'expérience que nous avons de la prise en charge des individus et des communautés difficiles d'accès, marginalisés et isolés.
- De mettre à profit notre aptitude à concevoir des outils innovants et intégrants de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose qui soient acceptables par les groupes les plus à risque.

Nous attendons des gouvernements...

- Qu'ils s'engagent à instaurer, avec les organisations de la société civile, une relation nouvelle et équitable qui permettra à ces dernières de participer utilement à la planification et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre la tuberculose, et à accorder les moyens financiers qui permettront cette participation.
- Qu'ils s'engagent à appuyer les principes de la gratuité, de l'accessibilité, de l'équité, de l'acceptabilité, de la fiabilité et de l'efficacité du diagnostic et du traitement de la tuberculose, indépendamment de la situation juridique ou socioéconomique des patients.
- Qu'ils s'engagent à soutenir par des mesures concrètes – logement décent, statut juridique des migrants, accès aux services sanitaires et sociaux et intégration des services sociaux – le traitement des déterminants sociaux de la tuberculose.
- Qu'ils s'engagent publiquement à traiter l'environnement psychosocial des personnes atteintes de tuberculose et à combattre, en particulier, la stigmatisation et la discrimination.
- Qu'ils s'engagent à créer, dans les pays, des mécanismes qui associent toutes les parties intéressées – en particulier les organisations communautaires – à l'élaboration ou à la modification de stratégies nationales et locales de lutte contre la tuberculose.

Cette offre de partenariat a été élaborée dans le cadre d'une procédure de rédaction et d'examen en ligne transparente et interactive, qui était ouverte à toutes les organisations intéressées de la société civile. Elle a été officiellement présentée le 22 octobre 2007 au Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose » par Zempfira Kondur, vice-présidente du Fonds des femmes rom « Chiricli » (ONG). Ont contribué à l'élaboration de ce document les individus et organisations suivants :

| Nom | Organisation | Pays |
|-----------------------|---|-------------|
| Martien Borgdorff | KNCV (Fondation contre la tuberculose) | Pays-Bas |
| Beatrijs Stickers | KNCV (Fondation contre la tuberculose) | Pays-Bas |
| Vincent Kuyvenhoven | KNCV (Fondation contre la tuberculose) | Pays-Bas |
| Masoud Dara | KNCV (Fondation contre la tuberculose) | Pays-Bas |
| Peter Gondrie | KNCV (Fondation contre la tuberculose) | Pays-Bas |
| Rob van Hest | FEANTSA | Pays-Bas |
| Serhiy Dyoma | International Renaissance Foundation | Ukraine |
| Paul Sommerfield | TB Alert | Royaume-Uni |
| Paul Thorn | TB Survival Project | Royaume-Uni |
| Yulia Chorna | ONG Poryatunok (« Salut ») | Ukraine |
| Danova Roussinova | Centre européen pour les droits des Roms | Hongrie |
| Savelina | | |
| Claude Cahn | Centre sur le droit au logement et les expulsions (COHRE) | Suisse |
| Dorota Latarska-Smuga | Centre de formation du Comité social sur le sida | Pologne |
| Case Gordon | TBTV et World Care Council | France |
| Tamara Gvaramadze | Georgian Plus Group | Géorgie |
| Ardak Zhanabilova | Fondation publique "Sauygu" (Santé) | Kazakhstan |
| Wim Vandevelde | Groupe européen pour le traitement du sida | Portugal |
| Mabel van Oranje | Open Society Institute | Royaume-Uni |

| | | |
|-------------------------|---|----------------------|
| Eva Foldes | Open Society Institute | Hongrie |
| Alina Covaci | Open Society Institute | Hongrie |
| Gulnara Kaliakbarova | Penal Reform International | Kazakhstan |
| Joost van de Meer | Aids Foundation East–West | Pays-Bas |
| Tamari Trapaidze | Welfare Foundation | Géorgie |
| Alistair Story | Health Protection Agency | Royaume-Uni |
| Alasdair Reid | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida | Suisse |
| Daniel Raduslecu | Sastipen (ONG) | Roumanie |
| Sheila Davie | Results UK | Royaume-Uni |
| Polina Petrovna Volkova | Association des infirmières russes | Fédération de Russie |
| Maria Ovchinnikova | Front AIDS | Fédération de Russie |
| Markku Niskala | Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge | Suisse |
| Lasha Gogvadze | Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge | Suisse |
| Aida Estebesova | Croissant-Rouge kirghize | Kirghizistan |
| Venera Tursunbekova | Croissant-Rouge kirghize | Kirghizistan |
| Elena Nechosina | Coalition pour la prise en charge de l'infection à VIH | Ukraine |
| Vitalie Morosan | Carlux (ONG) | Moldova |
| Oliver Moldenhauer | Médecins Sans Frontières | Allemagne |
| Terrence Joe | University College London Hospitals | Royaume-Uni |
| Zemfira Kondur | Fonds des femmes rom "Chiricli" (ONG) | Ukraine |
| Mick Matthews | Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme | Suisse |
| Tanzer Gezer | Fondation européenne pour les enfants des rues du monde entier (EFSCW) | Turquie |
| Tatjana Fedotkina | Association des infirmières russes | Fédération de Russie |
| Kateryna Gamazina | PATH Ukraine | Ukraine |

Annexe 3

PARTICIPANTS

Délégations d'États membres

Albanie

Nard Ndoka
Ministre de la santé

Afrim Krasniqi
Secrétaire général, Ministère de la santé

Allemagne

Ulla Schmidt
Ministre fédérale de la santé

Angelika Beck,
Agent chargé du protocole, de l'accueil des visiteurs internationaux et des relations avec les ambassades,
Ministère fédéral de la santé

Wiebke Blinde
Agent chargé du protocole, de l'accueil des visiteurs internationaux et des relations avec les ambassades,
Ministère fédéral de la santé

Jochen Böhmer
Chef adjoint de la Division de la santé et de la population

Bonita Brodhun
Conseiller principal, Institut Robert Koch

Christin Emmerich
Agent chargé du protocole, de l'accueil des visiteurs internationaux et des relations avec les ambassades,
Ministère fédéral de la santé

Britte Groeger
Interprète, Ministère fédéral de la santé

Walter H. Haas
Chef de la Division des maladies transmissibles, Institut Robert Koch

Irene Keinhorst
Conseiller principal pour la coopération multilatérale dans le domaine de la santé, Ministère fédéral de la santé

Björn Kümmel
Conseiller principal pour la planification générale de la politique de santé européenne, Ministère fédéral de la santé

Karin Knufmann-Happe

Chef de département, Chef de la Section 3 : Prévention, protection de la santé, lutte contre la maladie, sciences biomédicales

Astrid Niessen

Conseiller pour la coopération multilatérale dans le domaine de la santé, Ministère fédéral de la santé

Peter Pompe

Chef du Département du protocole, de l'accueil des visiteurs internationaux et des relations avec les ambassades, Ministère fédéral de la santé

Dagmar Reitenbach

Chef de la Division de la coopération multilatérale dans le domaine de la santé

Lars Schaade

Chef de la Division des maladies transmissibles, du sida et de la prévention des épidémies, Ministère fédéral de la santé

Udo Scholten

Directeur général adjoint, Ministère fédéral de la santé

Klaus Theo Schröder

Secrétaire d'État, Ministère fédéral de la santé

Ortwin Schulte

Chef de la Division de la planification générale de la politique de santé européenne, Ministère fédéral de la santé

Ewold Seeba

Directeur du personnel, du budget et de l'organisation ainsi que des politiques de santé européenne et internationale, Ministère fédéral de la santé

Erich Stather

Secrétaire d'État, Ministère fédéral de la coopération économique et du développement

Timo Ulrichs

Conseiller principal pour les maladies transmissibles, le sida et la prévention des épidémies, Ministère fédéral de la santé

Britta Groeger

Interprète, Ministère fédéral de la santé

Arménie

Harutyun Kushkyan

Ministre de la santé

Vahan Poghosyan

Directeur du Département des soins médicaux, Ministère de la santé

Ashot Smbatyan

Ambassade d'Arménie en Allemagne

Autriche

Hubert Hrabcik
Directeur général de la santé, Ministère fédéral de la santé, de la famille et de la jeunesse

Jean-Paul Klein
Conseiller technique principal, Section III, Ministère fédéral de la santé, de la famille et de la jeunesse

Azerbaïdjan

Oktay Shiraliyev
Ministre de la santé

Nazim Alekberov
Ministre adjoint de la justice

Samir A. Abdullayev
Chef du Département des relations internationales, Ministère de la santé

Rafail Mehdiyev
Chef du Bureau principal de la santé, Ministère de la justice

Anar Hüseyinov
Ambassade d'Azerbaïdjan en Allemagne

Bélarus

Vasilii Ivanovich Zharko
Ministre de la santé

Gennady Gurevich
Directeur de l'Institut de pneumologie et de phthisiologie, Ministère de la santé

Igor Khvenko
Premier secrétaire, Ambassade du Bélarus en Allemagne

Aliaksei Zaitsau
Troisième secrétaire, Ambassade du Bélarus en Allemagne

Belgique

Johan Pauwels
Conseiller, Ministère des affaires sociales et de la santé publique

Bosnie-Herzégovine

Fédération de Bosnie-Herzégovine

Safet Omerovic
Ministre de la santé

Republika Srpska

Ranko Skrbic
Ministre de la santé et de la protection sociale

Bulgarie

Valeri Tzekov
Ministre adjoint de la santé

Vladimir Milanov
Expert auxiliaire, Département de la prévention du sida et des IST, Ministère de la santé

Tonka Varleva
Directrice du programme de lutte contre le sida, Ministère de la santé

Tinka Troeva
Diplomate, Ambassade de Bulgarie en Allemagne

Croatie

Neven Ljubicic
Ministre de la santé et de la protection sociale

Tihomira Ivanda
Chef du Département des soins de santé primaires, Ministère de la santé et de la protection sociale

Chypre

Andreas Polynikis
Directeur général de la santé, Ministère de la santé

Andreas G. Georgiou
Conseiller technique principal, Département des services médicaux et sanitaires, Ministère de la santé

Danemark

Sigrid Poulsen
Conseiller technique principal pour les maladies transmissibles, Conseil national de la santé

Espagne

Manuel Onorbe de Torre
Directeur général, Ministère de la santé et de la consommation

Aurora Limia
Chef de service, Ministère de la santé et de la consommation

Isabel Pachon del Amo
Centre de coordination des urgences sanitaires, Ministère de la santé et de la consommation

Estonie

Tiiu Aro
Inspecteur général de la santé

Vahur Hollo
Chef du Registre de la tuberculose, Institut national de la santé

Martin Kadai
Responsable des maladies transmissibles, Département de la santé publique, Ministère des affaires sociales

Ex-République yougoslave de Macédoine

Imer Seljmani
Ministre de la santé

Snezana Cicevalieva
Chef du Département de l'intégration européenne et de la coopération internationale, Ministère de la santé

Stefan Talevski
Coordinateur national de la lutte contre la tuberculose, Institut des maladies pulmonaires et de la tuberculose

Gjorgji Filipov
Ambassade de l'ex-République yougoslave de Macédoine en Allemagne

Fédération de Russie

Galina Ch. Makhakova
Directeur du Département des soins de santé, Ministère de la santé et de la protection sociale

Alexander S. Kononets
Directeur adjoint de l'Administration pénitentiaire fédérale, Ministère de la justice

Yulia Mikhailova
Directeur de l'Institut central de recherche sur l'organisation et l'information sanitaires, Ministère de la santé et de la protection sociale

Yevgeny Stlastnykh
Chef du Département des relations internationales, de la coopération et de l'information, Ministère de la santé et de la protection sociale

Andrei Uklonsky
Chef adjoint de la Division de la restructuration des services sociaux, Département des réformes économiques, Ministère de l'économie et du commerce

Mikhail I. Perelman
Directeur de l'Institut de phtisio-pneumologie, Académie de médecine Sechenov de Moscou

Finlande

Petri Ruutu
Directeur du Département des maladies infectieuses, Institut national de la santé

Tapani Melkas
Directeur du Département des affaires sanitaires et médicales

France

Louis-Charles Viossat
Ambassadeur, Ministère des affaires étrangères

Géraldine Bonnin
Chef de mission auprès de l'OMS, Division des affaires européennes et internationales,
Ministère de la santé, de la solidarité et des sports

Marie-Claire Paty
Direction générale de la santé, Sous-Division de la prévention des facteurs de risque infectieux, Bureau
des facteurs de risque infectieux et de la politique vaccinale - RI 1

Géorgie

Sandra Elisabeth Roelofs
Première Dame de Géorgie, présidente du CCM de Géorgie, Ambassadeur du Partenariat Halte à la
tuberculose

Givi Mikanadze
Ministre adjoint de la justice

Irakli Giorgobiani
Premier ministre adjoint du travail, de la santé et des affaires sociales

Grèce

George Papageorgiou
Ministre adjoint de la santé et de la solidarité sociale

Athina Kyrlesi
Directeur général de la santé

Theodoros Papadimitriou
Directeur du Centre hellénique de lutte contre la maladie

Athanasios Papageorgiou
Conseiller du Ministre adjoint

Hongrie

Katalin Rapi
Secrétaire d'État à la politique de santé, Ministère de la santé

Irlande

Colette Bonner
Directeur général adjoint de la santé, Ministère de la santé et de l'enfance

Israël

Daniel Chemtob
Directeur du Département de la tuberculose et du sida, Ministère de la santé

Italie

Serafino Zucchelli
Ministre adjoint de la santé

Francesca Basile
Administrateur principal, Ministère de la santé

Maria Paola Di Martino
Directeur général des relations européennes et internationales, Ministère de la santé

Renato Finocchi Ghersi
Directeur de Cabinet, Ministère de la santé

Gianni Ghisi
Conseiller diplomatique, Ministère de la santé

Donato Greco
Directeur général de la prévention, de la communication et de la promotion de la santé, Ministère de la santé

Kazakhstan

Kadir T. Omarov
Vice-Ministre de la santé

Bolat Imanbayev
Conseiller, Ambassade du Kazakhstan en Allemagne

Sholpan Shynassylova
Troisième secrétaire, Ambassade du Kazakhstan en Allemagne

Kirghizistan

Tuygunaly Abdraimov
Ministre de la santé

Marat Kayipov
Ministre de la justice

Ulan Basarbaev
Diplomate, Ambassade du Kirghizistan en Allemagne

Lettonie

Rinalds Mucins
Secrétaire d'État adjoint

Janis Leimans
Directeur du Centre national de la tuberculose et des maladies pulmonaires

Lituanie

Rima Vaitkiene
Secrétaire d'État, Ministère de la santé

Malte

Louis C. Deguara
Ministre de la santé, des personnes âgées et de la protection sociale

Ray Busuttil
Directeur général de la santé, Ministère de la santé, des personnes âgées et de la protection sociale

Moldova

Ion Ababii
Ministre de la santé

Nina Lupan
Ministre adjoint des finances

Vladimir Taranu
Chef du Service médical de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la justice

Ala Mirza
Premier secrétaire, Ambassade de Moldova en Allemagne

Monténégro

Danica Masanovic
Ministre adjoint de la santé, du travail et de la protection sociale

Miss Lorena Vlahovic
Conseiller en relations publiques du Ministre de la santé, du travail et de la protection sociale

Norvège

Rigmor Aasrud
Secrétaire d'État, Ministère de la santé et de la protection sociale

Mette Klouman
Administrateur chargé de la coopération internationale, Association norvégienne du cœur et des poumons

Toril Roscher-Nielsen
Directeur général de la coopération internationale et de la préparation aux situations d'urgence, Ministère de la santé et de la protection sociale

Karl-Olaf Wathne
Conseiller spécial, Département de la santé publique, Ministère de la santé et de la protection sociale

Brita Askeland Winje
Conseiller, Institut norvégien de santé publique

Ouzbékistan

Shukrat Khashimov
Chef du Département des soins curatifs, Ministère de la santé

Bakhodir Yusupov
Chef du Service médical de l'Administration pénitentiaire, Ministère de l'intérieur

Pays-Bas

Paul Bekkers
Ambassadeur pour la lutte contre le sida

Nicole Willems
Conseiller, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports

Frieda M. Nicolai
Conseiller principal, Département des affaires internationales, Ministère de la santé, de la protection sociale et des sports

Harry van Schooten
Conseiller principal pour la santé, Ministère des affaires étrangères

Pologne

Jaroslaw Pinkas
Sous-Secrétaire d'État à la santé

Kazimierz Roszkowski
Directeur général de l'Institut national de la tuberculose et des maladies pulmonaires

Portugal

Antonio Correia de Campos
Ministre de la santé

Teresa Oleiro
Chef de Cabinet, Ministère de la santé

Francisco George
Directeur général de la santé, Ministère de la santé

Henrique Barros
Coordinateur national, Coordination nationale du sida

Antonio Fonseca Antunes
Pneumologue, Direction générale de la santé, Ministère de la santé

Miguel Villar
Pneumologue, Direction générale de la santé, Ministère de la santé

République tchèque

Michael Vit
Directeur général de la santé, Ministère de la santé

Jiri Wallenfels
Administrateur principal, Département d'épidémiologie, Ministère de la santé

Roumanie

Eugen Nicolaescu
Ministre de la santé publique

Laurentiu T. Mihai
Directeur général des relations internationales et européennes, Ministère de la santé publique

Vasilica Olteanu
Diplomate, Représentation permanente de la Roumanie auprès de l'Union européenne

Royaume-Uni

David Harper
Directeur général, Ministère de la santé

Serbie

Tomica Milosavljevic
Ministre de la santé

Gordana Radosavljevic Asic
Chef du Département de la tuberculose, Institut des maladies pulmonaires et de la tuberculose (centre clinique)

Slovaquie

Daniel Klacko
Ministre adjoint de la santé

Jaroslava Hurna
Directeur du Département des relations extérieures, Ministère de la santé

Ivan Solovic
Coordinateur national pour la tuberculose, Institut de la tuberculose, des maladies pulmonaires et de la chirurgie thoracique, Ministère de la santé

Slovénie

Zofija Mazej Kukovic
Ministre de la santé

Marija Seljak
Directeur général, Ministère de la santé

Zvezdana Veber Hartman
Conseiller, Ministère de la santé

Ana Polanc
Conseiller, Ministère de la santé

Suède

Anders Tegnell
Directeur de la lutte contre les maladies transmissibles, Conseil national de la santé

Suisse

Christian Blickenstorfer
Ambassadeur, Ambassade de Suisse en Allemagne

Peter Helbling
Conseiller médical, Office fédéral de la santé publique

Tadjikistan

Ranokhon F. Abdurakhmanova
Ministre de la santé

Turquie

Sabahattin Aydin
Sous-Secrétaire adjoint, Ministère de la santé

Sevim Tezel Aydin
Chef adjoint du Département des affaires étrangères, Ministère de la santé

Turan Buzgan
Département des soins de santé primaires, Ministère de la santé

Feyzullah Gumuslu
Chef du Département de la lutte contre la tuberculose, Ministère de la santé

Kamuran Ozden
Directeur des relations extérieures, Division des bourses d'étude et des conférences, Ministère de la santé

Nihat Tosun
Sous-Secrétaire adjoint, Ministère de la santé

Turkménistan

Mehri Durdyeva
Chef du Département de la tuberculose, Centre de prévention de la tuberculose, Institut national de médecine

Ukraine

Yurii Gaidaiiev
Ministre de la santé

Dmytro Tabachnyk
Vice-Premier ministre

Zhanna Tsenilova
Chef du Département de l'intégration européenne et des relations internationales, Ministère de la santé

Andriy Marochkin
Diplomate, Ambassade d'Ukraine en Allemagne

Observateurs

Dailylife

Carl Cordonnier
Photographe

Pauline Lutz
Assistante du photographe

Gross Verlag (Allemagne)

Eduard Gross
Directeur

McKinsey & Company

Toby Lambert
Associé

Kristin-Anne Rutter
Associé

Farhad Riahi
Associé principal

Société civile

Claude Cahn
Responsable de la promotion, Centre sur le droit au logement et les expulsions (COHRE)

Yuliya Chorna
Coordinateur du projet Tuberculose/VIH, ONG Poryatunok (« Salut ») (Ukraine)

Serhiy Dyoma
Administrateur du programme Roms d'Ukraine, International Renaissance Foundation (Ukraine)

Aida Estebesova
Coordinateur pour la santé, Croissant-Rouge kirghiz

Tatiana Fedotkina
Directrice des soins infirmiers, Centre antituberculeux de Tomsk, Association des infirmières russes

Kateryna Gamazina
Directeur de PATH Ukraine

Case Gordon
Défenseur des personnes atteintes de tuberculose, TBTV et World Care Council

Tamara Gvaramadze
Directeur adjoint, Georgia Plus Group (Géorgie)

Silje Hagerup
Conseiller en coopération internationale, Association norvégienne du cœur et des poumons

Terence Joe
Administrateur de programme, University College London Hospitals, dépistage mobile de la tuberculose

Gulnara Kaliakbarova
Directeur régional pour l'Asie centrale, Penal Reform International (PRI) (Kazakhstan)

Zemfira Kondur
Vice-Présidente du Fonds des femmes rom "Chiricli" (Ukraine)

Oliver Moldenhauer
Coordinateur de campagne, Médecins Sans Frontières (Allemagne)

Vitalie Morosan
Coordinateur du service médical, Carlux (Moldova)

Elena Nechosina
Directeur exécutif, Coalition pour la prise en charge de l'infection à VIH (Ukraine)

Daniel Radulescu
Directeur exécutif, ONG SASTIPEN (Roumanie)

Savelina Danova Roussinova
Coordinateur de la recherche et des politiques, Centre européen pour les droits des Roms (Hongrie)

Alistair Story
Spécialiste de la prise en charge infirmière de la tuberculose, Health Protection Agency (Royaume-Uni)

Tamari Trapaidze
Directeur de la recherche, Welfare Foundation (Géorgie)

Venera Tursunbekova
Bénévole, Croissant-Rouge kirghiz

Joost Van der Meer
Directeur exécutif, AIDS Foundation East-West (AFEW) (Pays-Bas)

Rob van Hest
Médecin-consultant spécialiste de la tuberculose, Service de lutte contre la tuberculose de la Ville de Rotterdam (Pays-Bas)

Polina Petrovna Volkova
Directrice des soins infirmiers, Centre antituberculeux Mary-El Republican, Association des infirmières russes (Fédération de Russie)

Wim Vandavelde
Président, European AIDS Treatment Group (EATG) (Portugal)

Secteur privé

Rajiv Alex
Chef des activités mondiales de lutte contre la tuberculose, Sandoz Pvt Ltd. (Inde)

Claude Cahn
Responsable de la promotion, Centre sur le droit au logement et les expulsions (COHRE) (Suisse)

Karel De Beule
Administrateur principal, CDTL, Tibotec (Belgique)

George Goedesky
Directeur exécutif, Maladies infectieuses, Biomerieux, Inc. (États-Unis)

Geneviève Inchauspe
Chef du Département des maladies infectieuses, TRANSGENE (France)

Paul B. Lebeau
Administrateur, EMEA, Cellectis GmbH (Allemagne)

Didier Leboulleux
Administrateur principal, Affaires médicales, Sanofi Aventis (France)

Christophe Longuet
Docteur en médecine, Fondation Mérieux (France)

Carol Nacy
Président-Directeur général, Sequella, Inc. (États-Unis)

Jürgen Schwiezer
Président, Roche Diagnostics GmbH (Allemagne)

Detlef Siewert
Directeur de la santé Europe / Moyen-Orient / Asie, BD (Becton Dickinson & Company) (Allemagne)

Martin Springsklee
Bayer Healthcare AG (Allemagne)

Lakshmi Sundaram
Administrateur associé, Forum économique mondial (Suisse)

Jennifer Woolley
Directeur adjoint des affaires extérieures, Aeras Global TB Vaccine Foundation (États-Unis)

Représentants

Fondation Bill et Melinda Gates

Tadataka Yamada
Président du Programme de promotion de la santé dans le monde

Gabrielle Fitzgerald
Administrateur du Programme de promotion de la santé dans le monde

Fondation allemande pour la population mondiale (DSW)

Jörg F. Maas
Directeur exécutif

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM)

Zsuzsanna Jakab
Directeur

John O'Toole
Coordinateur des relations extérieures

Arun Nanda
Agent de liaison OMS

Karoline Fernandez de la Hoz
Coordinateur du projet horizontal relatif à la tuberculose

Société européenne de pneumologie

William MacNee
ELEGI Colt Research MRC/UoE, Centre for Inflammation Research, The Queen's Medical Research Institute (Royaume-Uni)

Nadia Kamel
Conseiller scientifique, Bruxelles

Eli Lilly

Silva Barseghyan
Administrateur régional (Arménie et Géorgie)

Eli Lilly Nederland B.V.

Pieter-Joep Huige
Administrateur chargé des entreprises, Opérations européennes

Commission européenne

Hannu Laang
Direction générale de la recherche

Vincent Houdry
Service des risques sanitaires, Commission européenne (Luxembourg)

John Francis Ryan
Responsable de la surveillance et de la prévention des blessures, Service des risques sanitaires,
DG SANCO (Luxembourg)

Andrzej Jan Rys
Directeur de l'évaluation des risques sanitaires, DG SANCO LUX - HTC 03/378 (Luxembourg)

FILHA

Jan Lindgren
Secrétaire général

Fondation pour le développement de l'Ukraine

Anatoly Zabolotnyi
Directeur

Commission centrale allemande contre la tuberculose

Robert Loddenkemper
Secrétaire général

Miriam Broennecke
Chargé de recherches

Barbara Hauer
Chargé de recherches

Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR)

Markku Niskala
Secrétaire général

Bruce Eshaya-Chauvin
Chef du Département des soins de santé

Lasha Gogvadze
Administrateur principal, Région Europe et Programme de lutte contre la tuberculose

Anitta Underlin
Chef de la zone Europe, FICR (Hongrie)

Ivan Usichenko
Président de la Croix-Rouge ukrainienne

Imperial College (Londres)

Rifat A. Atun
Directeur du Centre for Health Management, Tanaka Business School

Institut de veille sanitaire - EuroTB

Dennis Falzon
Docteur en médecine

Association internationale des hôpitaux

Per-Gunnar Svensson
Directeur général

KfW Development Bank

Felix Klauda
Chef de la Division Europe/Caucase

Uwe Ohls
Premier Vice-Président Asie

Peter Reff
Expert médical principal, Division Santé et éducation Asie

Fondation KNCV contre la tuberculose

Martien W. Borgdorff
Directeur exécutif

Masoud Dara
Coordinateur et consultant principal, Service Europe et International

Peter Gondrie
Chef du Service international

J. Vincent Kuyvenhoven
Chef du Service national

Beatrijs Stickers
Secrétaire exécutif

Médecins Sans Frontières (Pays-Bas)

Yared Kebede Haile
Conseiller technique

Open Society Institute – New York

Emily Bell
Administrateur de projet, Veille sanitaire (États-Unis)

Cynthia Eyakuze
Administrateur de projet, Veille sanitaire (États-Unis)

Francoise Girard
Directeur du Programme de santé publique (États-Unis)

Open Society Institute - Bruxelles

Russel Pickard
Conseiller principal (Belgique)

Open Society Institute – Budapest

Alina Covaci
Administrateur du programme de santé des Roms (Hongrie)

Eva Foldes
Programme de santé des Roms (Hongrie)

Open Society Foundation - Londres

Mable van Oranje
Directeur, International Advocacy

Consultants de l'Open Society Institute

Tamsin Rose
Consultant tuberculose (Belgique)

Mullova-Ludmila Dietrich
Interprète

Programme for Appropriate Technology in Health (PATH)

M. D'Arcy Richardson
Directeur technique, Programme sur la tuberculose

Natalyia Zaika
Expert, PATH Ukraine

Project HOPE

Jaap Veen
Conseiller technique

Croix-Rouge allemande

Karl Demmer
Docteur en médecine

Fonds éducatif RESULTS

Joanne Carter
Directeur exécutif associé

Institut Robert Koch
Reinhard Kurth
Président

Partenariat européen Halte à la tuberculose

Patrizia Carlevaro
Responsable de l'aide internationale, Eli Lilly Export S.A. (Suisse)

Sheila Davie
Directeur exécutif, Results (Royaume-Uni)

Ciara Goldstein
Conseiller, Alliance mondiale pour la mise au point d'antituberculeux (Belgique)

Michael Matthews
Conseiller technique, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Suisse)

Matti Ojanen
Directeur des affaires internationales, des affaires publiques, de la politique et des entreprises,
AstraZeneca Plc (Royaume-Uni)

Archil Salakaia
Directeur exécutif, Centre national de la tuberculose et des maladies pulmonaires (Géorgie)

Paul Anthony Thorn
Projet TB Survival (Royaume-Uni)

Partenariat mondial Halte à la tuberculose

Louise Baker
Conseiller principal, Secrétariat du Partenariat mondial Halte à la tuberculose

Nils E. Billo
Directeur exécutif, Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires (France)

Jaap F. Broekmans
Partenariat Halte à la tuberculose Pays-Bas

Kenneth Castro
Responsable de l'élimination de la tuberculose, Centers for Disease Control and Prevention
(États-Unis)

Anna Cataldi
Ambassadeur du Partenariat Halte à la tuberculose

Jean-Francois de Lavison
Vice-Président chargé des affaires internationales et des relations publiques, Mérieau Alliance (France)

Marcos Fuentes Espinal
Secrétaire exécutif, Secrétariat du Partenariat mondial Halte à la tuberculose

Michel Greco
Spécialiste des vaccins (indépendant), PARTEUROOP (France)

Shirley Henderson
Conseiller technique, Partenariat mondial Halte à la tuberculose

Irene Koek
Président du Conseil de coordination du Partenariat Halte à la tuberculose, chef de la Division des maladies infectieuses, Bureau de la santé et de la nutrition, USAID (États-Unis)

Giorgio Roscigno
Président-directeur général de la Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) (Suisse)

Ezio Távora Santos-Filho
Vice-Président du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Brésil)

Nicole Schiegg
Conseiller en promotion, Partenariat mondial Halte à la tuberculose

Peter M. Small
Administrateur principal du Programme de lutte contre la tuberculose, Fondation Bill et Melinda Gates, Programme de promotion de la santé dans le monde (États-Unis)

Paul Sommerfeld
Chargé de sensibilisation, Partenariat Halte à la tuberculose (Royaume-Uni)

Anant Vijay
Secrétariat du Partenariat mondial Halte à la tuberculose

Kerstin Kolbe
Ancienne stagiaire, Secrétariat du Partenariat mondial Halte à la tuberculose

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

M. Michel Kazatchkine
Directeur exécutif

Urban Weber
Chef d'équipe, Europe orientale et Asie centrale

Banque mondiale

Patricio V. Marquez
Spécialiste d'économie de la santé, Département du développement humain, Région Europe et Asie centrale

ONUSIDA

Bertil Lindblad
Directeur de l'Équipe régionale d'appui, représentant de l'ONUSIDA (Fédération de Russie)

Alasdair Reid

Conseiller pour la prévention, la prise en charge et l'atténuation des conséquences, le suivi épidémiologique, la collecte de données et les partenariats

Organisation des Nations Unies

Jorge Sampaio

Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour la lutte contre la tuberculose

Helena Barroco

Conseiller auprès de l'envoyé spécial

USAID

Susan Bacheller

Chef de l'équipe Tuberculose

Paul M. Holmes

Conseiller technique régional principal, Bureau de l'Europe et de l'Eurasie

Carloyn I. Mohan

Conseiller pour la tuberculose, Bureau de la santé mondiale

Organisation mondiale de la santé

Bureau régional de l'Europe

Marc Danzon

Directeur régional

Nata Menabde

Directeur régional adjoint

Gudjón Magnússon

Directeur de la Division des programmes de santé

Richard Zaleskis

Conseiller régional, Programme de lutte contre la tuberculose

Karim Benthani

Agent chargé des services administratifs, des fournitures et des conférences

Mary Stewart Burgher

Rapporteur

Oluf Christoffersen

Préposé à la supervision des services d'impression et de conférence

Andrei Dadu

Conseiller technique, Programme de lutte contre la tuberculose

Pierpaolo de Colombani
Conseiller médical, Programme de lutte contre la tuberculose

Marianne (Janchen) de la Cour
Assistant de programme, Programme de lutte contre la tuberculose

Lucica Ditiu
Conseiller médical, Programme de lutte contre la tuberculose

Mirona Eriksen
Assistant de programme, DRD

Haris Hajrulahovic
Chef du Bureau de l'OMS en Bosnie-Herzégovine

Wieslaw Jakubowiak
Coordinateur pour la tuberculose (Russie)

Bent Jørgensen
Opérateur équipements de bureau

Rusudan Klimiashvili
Chef du Bureau de l'OMS en Géorgie

Yavuz Mehmet Kontas
Agent de liaison (Turquie)

Myroslava Korenevych
Conseiller technique, Promotion et mobilisation sociale (Ukraine)

Jeffrey Victor Lazarus
Chargé de promotion et de relations avec les communautés, Infection à VIH/sida et infections sexuellement transmissibles

Andreas Lemcke
Assistant de secrétariat, Programme de lutte contre la tuberculose

Srdan Matic
Conseiller régional, Infection à VIH/sida et infections sexuellement transmissibles

Kestutis Miskinis
Conseiller médical, Lutte contre la tuberculose (Ukraine)

Liuba Negru
Relations presse et médias

Jens Nielsen
Assistant réseaux (TIC)

Igor Pokanevych
Chef du Bureau de l'OMS en Ukraine

Charles Robson
Chef du Service de traduction et de rédaction

Ann Camilla Scott
Assistant de programme, Programme de lutte contre la tuberculose

Rouruina Teura
Assistant technique, Service d'appui

Gombogaram Tsogt
Conseiller médical (Ouzbékistan)

Pavel Ursu
Chef du Bureau de l'OMS en Moldova

Oksana Yakovenko
Assistant de programme, Lutte contre la tuberculose (Ukraine)

Egor Zaitsev
Chef du Bureau de l'OMS au Bélarus

Siège

Leopold Blanc
Coordinateur, STB/TBS

Malgorzata Grzemska
Conseiller médical, HTM/STB/TBS

Mario Raviglione
Directeur, HTM/STB

Glenn Thomas
Journaliste, HTM/STB

Diana Weil
Conseiller principal, HTM/STB

Interprètes

Dmitri Boulakovski
Julia Erickson
Valérie Fontaumard
Catherine M.D. Gay
Claudia Groothaert
Mercury Eric Harley
Annette Maria Schroer
Katherine Anne Vanovitch
Georgy G. Pignastyi