



EUROPE

Comité régional de l'Europe Cinquante-deuxième session

Copenhague, 16–19 septembre 2002

Point 7 b) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC52/9
+ EUR/RC52/Conf.Doc./5
+ EUR/RC52/Conf.Doc./6
+ EUR/RC52/Conf.Doc./7
18 juillet 2002
22508
ORIGINAL : ANGLAIS

TUBERCULOSE, VIH/SIDA ET PALUDISME

Le présent document offre un aperçu des tendances épidémiologiques et de la situation actuelle concernant la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme dans la Région européenne de l'OMS. Le Plan d'extension de la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) visant à faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2002–2006 ainsi que trois projets de résolutions sont joints au présent document, aux fins d'examen par le Comité régional.

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction	1
Analyse de la situation	1
Tuberculose	1
VIH/sida	2
Paludisme	3
Stratégie.....	4
Tuberculose	4
VIH/sida	4
Paludisme	5
Action	5
Tuberculose	5
VIH/sida	5
Paludisme	6
Enjeux.....	7
Tuberculose	7
VIH/sida	8
Paludisme	8

Introduction

1. Les maladies transmissibles qui représentent 25% des décès chaque année dans le monde sont la cause de grandes souffrances, imposent une situation financière difficile, marginalisent les pauvres et entravent la croissance économique et l'amélioration du niveau de vie. Parmi ces maladies, la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme à eux seuls causent la mort de près de 6 millions de personnes par an dans le monde, entraînant des souffrances immenses et des préjudices pour les familles, les communautés et les économies.

2. Dans la Région européenne de l'OMS, le taux de prévalence de la tuberculose a augmenté de 60% au cours des dix dernières années. Fin 2001, on estimait à 1,56 million le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida, contre 420 000 deux ans auparavant. Quant au paludisme, 1,5 million de personnes seraient infectées.

Analyse de la situation

Tuberculose

3. En 2000, 369 935 nouveaux cas de tuberculose ont été signalés dans la Région européenne de l'OMS, contre 231 608 en 1991. La plupart des cas ont été décelés en Europe orientale et dans les nouveaux États indépendants (NEI) issus de l'ancienne Union soviétique, où la tuberculose augmente de façon alarmante. Depuis 1990, le nombre de cas signalés a doublé dans presque tous les NEI, et il a triplé dans la Fédération de Russie. En 2000, tous les NEI à l'exception de l'Arménie et du Tadjikistan ont signalé plus de 50 cas de tuberculose pour 100 000 habitants. Le Kazakhstan, le Kirghizistan et la Roumanie ont fait état de 160, 126 et 122 cas pour 100 000 habitants respectivement. Ces chiffres sont à comparer à ceux des pays d'Europe occidentale et de certains pays d'Europe centrale (par exemple République tchèque, Slovaquie et Slovénie), qui ont connu une vingtaine de cas ou moins pour 100 000 habitants. Contrairement à ce qui se passe dans la partie occidentale de la Région, la plupart des cas de tuberculose dans la partie orientale touchent un segment économiquement actif de la population. En outre, la tuberculose à bacilles multirésistants, plus difficile et presque 100 fois plus chère à traiter, s'étend dans la Région. C'est en Estonie, dans la Fédération de Russie et en Lettonie que le nombre de cas est le plus élevé. Les taux sont faibles dans les pays d'Europe de l'Ouest (à l'exception de l'Espagne et du Portugal) mais ils ne sont pas en diminution. Globalement, les taux d'infection par la tuberculose sont bas dans la population en général mais élevés chez les immigrants provenant de pays à forte prévalence et les groupes vulnérables tels que les sans-abri, les alcooliques, les usagers de drogues et les personnes séropositives.

4. La situation actuelle au plan de la tuberculose en Europe orientale et dans les NEI reflète la complexité de l'évolution politique et socioéconomique. Des données provenant des NEI montrent que les facteurs de risque sont notamment le chômage, la malnutrition, l'alcoolisme, un passé carcéral et l'absence de toit.

5. Dans la Région européenne de l'OMS, la tuberculose et la pauvreté sont étroitement liées. Dans les pays où le taux d'infection est supérieur à 70 cas pour 100 000 habitants (14 pays), le PNB par habitant est inférieur à 2 700 dollars des États-Unis, et dans les pays où le nombre de cas de tuberculose signalés est inférieur à 15 cas pour 100 000 habitants (9 pays), le PNB par habitant est supérieur à 24 000 dollars. Dans seulement deux des 51 pays de la Région, l'Espagne et le Portugal, cette corrélation ne se vérifie pas, puisque le nombre de cas est élevé par rapport au PNB. Cela s'explique peut-être par le fait que l'Espagne et le Portugal sont les deux seuls pays de la Région où le VIH commence à avoir un impact important sur l'épidémie de tuberculose.

VIH/sida

6. Fin 2001, sur une population estimée de 1,56 million de personnes vivant avec le VIH/sida dans la Région européenne de l'OMS, 1 million de personnes habitaient en Europe orientale et en Asie centrale.

7. La situation épidémiologique en Europe est hétérogène. L'Europe orientale continue d'enregistrer le taux d'infection le plus élevé du monde (dans certains pays, le nombre de personnes contaminées double tous les 9 à 12 mois) et on observe une nouvelle recrudescence de l'infection par le VIH en Europe occidentale. Le nombre de cas signalés dans la Région a augmenté de plus de 1300% entre 1996 et 2001¹. Selon des données récentes, l'Ukraine a atteint le niveau d'une épidémie de VIH/sida généralisée, avec une prévalence supérieure à 1% dans la population et à 5% dans les groupes à haut risque. Plusieurs autres pays d'atteignent progressivement ce niveau.

8. Malgré cette propagation rapide, l'épidémie n'en est encore qu'à ses débuts dans certaines parties de la Région; le nombre de nouveaux de cas sida signalés reste peu important mais il est en augmentation. C'est ce qui rend l'épidémie quelque peu « invisible » et le nombre de cas et le taux de prévalence devraient commencer à augmenter rapidement à brève échéance, ce qui obligera les gouvernements à prendre les mesures appropriées pour parer aux conséquences sanitaires, économiques, sociales et politiques de plus en plus nombreuses de l'épidémie.

9. L'épidémie VIH/sida est encore en train de « couvrir » surtout chez les groupes vulnérables ou marginalisés, c'est-à-dire non seulement les toxicomanes par voie intraveineuse et les professionnels du sexe mais également les homosexuels masculins, les prisonniers, les migrants et autres. Des rapports émanant d'Europe occidentale montrent que les taux de transmission sont assez stables chez les groupes à haut risque, même si le nombre d'infections transmises par voie hétérosexuelle est également en hausse. Les pays du centre et du sud-est de l'Europe connaissent, à quelques exceptions près, un faible taux d'infection par le VIH/sida².

10. En moyenne, 75% de tous les nouveaux cas de sida en Europe orientale se déclarent chez les consommateurs de drogues par injection. Soixante-dix-sept pour cent sont des hommes et 84% d'entre eux ont moins de 30 ans.

11. On estime qu'au moins 1% de la population des nouveaux États indépendants³ consomme de la drogue par injection et que les consommateurs de drogues par voie intraveineuse constituent la grande majorité de la population vivant avec le VIH/sida en Europe orientale. Une grande partie de cette population est déjà séropositive (pas moins de 19% en Arménie, 8% en Lettonie et entre 20% et plus de 50% dans les villes du Bélarus, de la Fédération de Russie et d'Ukraine).

12. Les données communiquées montrent que l'Europe orientale est aussi touchée par une épidémie d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Si les taux diminuent ou se stabilisent depuis 1999, ils sont nettement supérieurs à ceux d'il y a 10 ans ou à ceux d'Europe centrale et occidentale aujourd'hui. Une épidémie d'IST est la conséquence d'une généralisation des comportements sexuels à risques, qui constituent le principal vecteur d'infection par le VIH.

13. Il est courant dans les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) qu'un nombre croissant de très jeunes adultes soient des consommateurs de drogues par injection ou soient séropositifs ou soient les deux à la fois. Plus de 2% de tous les nouveaux cas de VIH dépistés dans les nouveaux États indépendants au premier semestre 2001 concernaient des jeunes de moins de 13 ans et près de 20% avaient entre 13 et 19 ans. Pas moins de 50% de tous les consommateurs de drogues par injection dans ces pays ont moins de 25 ans.

¹ Données de l'OMS, février 2002.

² La prévalence est inférieure à 5% dans les groupes à haut risque et à 1% chez les femmes enceintes.

³ ONUSIDA/OMS – Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2001.

14. Les professionnels du sexe dans la Région sont encore plus jeunes que les consommateurs de drogues par injection ; selon certaines sources, pas moins de 80% de tous les professionnels du sexe ont moins de 25 ans et que ce pourcentage est encore plus élevé chez les minorités telles que les Roms. Ils s'injectent des drogues beaucoup plus souvent que le reste de la population, la prévalence des IST et du VIH est plus forte et ils constituent le lien le plus important entre les consommateurs de drogues par injection et le reste de la population.

15. Il n'y a pas d'estimation fiable du nombre de professionnels du sexe en Europe centrale et orientale. Les récents efforts déployés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour obtenir ce genre d'informations de la Fédération de Russie ont donné des chiffres compris entre 7000 et 70 000 professionnels du sexe dans la seule région de Moscou. Des études plus poussées ont montré toutefois que 25% des professionnels du sexe à Vilnius sont des consommateurs de drogues par injection, contre 31% de ceux ayant fait l'objet d'une enquête à Moscou. Les professionnels du sexe ainsi que les partenaires sexuels des consommateurs de drogues par injection constituent une voie importante de transmission du VIH au reste de la population.

16. Le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH chez les homosexuels masculins et par transfusion est relativement faible et stable ces dernières années, mais l'on craint que les infections par le VIH dans ce groupe ne soient pas dépistées.

17. Le nombre de nouvelles infections (contacts hétérosexuels et transmission de la mère à l'enfant) augmente régulièrement. Les taux de prévalence du VIH/sida et des IST sont nettement plus élevés dans les établissements pénitentiaires et la consommation de drogues par injection pose également un problème aigu dans le système carcéral, même s'il y a peu de statistiques sur ce sujet. Ces dernières années, des études ont montré une prévalence estimée du VIH dans les prisons ukrainiennes par exemple de l'ordre de 6%⁴. Dans la Fédération de Russie, 2% de tous les prisonniers ayant subi un test de dépistage du sida au premier semestre 2001⁵ étaient positives.

18. La détérioration de la situation dans la partie orientale de la Région est aggravée par les facteurs socioéconomiques du moment, qui conduisent à des situations, telles que pauvreté, travail sexuel, migration, traite des femmes et manque de cohésion sociale, bien connues pour favoriser une augmentation du risque de transmission sexuelle du VIH.

Paludisme

19. Sur une population totale de 873 457 500 personnes vivant dans la Région européenne de l'OMS, entre 70 et 80 millions seraient exposées au risque du paludisme. Malgré une réduction importante de la prévalence notifiée pendant la période 1995–2001, il n'est pas possible d'évaluer de façon fiable l'ampleur de la maladie dans la Région sur la base des données officielles disponibles, étant donné que le problème serait beaucoup plus grave que les statistiques ne le montrent. Les estimations régionales du nombre de personnes touchées sont proches de 1,5 million. En Turquie, par exemple, tout le monde reconnaît que le problème du paludisme, tel qu'il est mesuré en fonction du nombre de cas, a une ampleur beaucoup plus grande que les chiffres ne l'indiquent. Au Tadjikistan, le nombre total de cas symptomatiques et asymptomatiques de paludisme pourrait se situer entre 300 000 et 400 000.

20. La situation actuelle est compliquée par la réapparition de l'infection à *Plasmodium falciparum* au Tadjikistan et sa propagation rapide à travers le pays. La Turquie reste un pays où l'incidence du paludisme est relativement élevée et où plus de 15 millions de personnes, soit 23% de la population totale, habitent dans des zones endémiques. Compte tenu de la gravité de la situation paludique en Afghanistan et au Tadjikistan voisins, le risque que le paludisme prenne des proportions encore plus importantes en Ouzbékistan est réel. L'évolution récente montre également que le paludisme atteint actuellement les proportions d'une épidémie en Géorgie. Les conditions favorables à la transmission de cette maladie

⁴ Bollini, P. (ed). VIH in prisons. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001.

⁵ Centre fédéral du sida, Fédération de Russie, 2001.

existent dans près de 52% de l'ensemble du territoire du pays, où vit 93% de la population. Une récente épidémie de paludisme en Bulgarie et quelques cas signalés parmi la population autochtone en Grèce et en Italie, où le paludisme a été éradiqué, sont des exemples qui montrent bien le risque d'une résurgence de cette maladie si les autorités publiques en charge de la santé baissent la garde.

21. Le paludisme, le sous-développement et la pauvreté sont étroitement liés. Dans les pays de la Région européenne de l'OMS à vastes zones d'endémie paludique comme le Tadjikistan et la Turquie, la prévalence de l'infection va probablement de pair avec la pauvreté.

Stratégie

Tuberculose

22. En 1995, l'OMS en collaboration avec des partenaires internationaux a commencé à encourager l'application de la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) dans la Région. Cette stratégie, dont l'efficacité a été prouvée, comporte cinq éléments clés : 1) engagement politique à tous les niveaux à soutenir des activités de lutte contre la tuberculose ; 2) dépistage des cas par examen au microscope ou culture bactériologique des frottis d'expectoration des patients ayant les symptômes et se présentant dans un centre de soins; 3) chimiothérapie normalisée de courte durée sous observation directe ; 4) approvisionnement constant et garanti de médicaments antituberculeux essentiels ; et 5) système standardisé d'inscription et de notification des cas qui permette d'évaluer les résultats des dépistages et des traitements pour chaque patient et la performance globale du programme de lutte contre la tuberculose.

23. La stratégie DOTS est l'intervention thérapeutique présentant le meilleur rapport coût-efficacité accessible dans les pays à revenu faible ou moyen. Elle s'est également avérée rentable dans la Région européenne de l'OMS. En 1997, une évaluation économique en Arménie a confirmé que la stratégie DOTS était plus rentable que la stratégie de lutte contre la tuberculose utilisée précédemment. Une évaluation similaire réalisée dans le district d'Ivanovo oblast dans la Fédération de Russie a conclu que le coût par cas de tuberculose traité avec succès avec la stratégie DOTS était de 1626 dollars des États-Unis contre 6293 dollars avec l'ancienne méthode.

VIH/sida

24. La transmission du sida, l'épidémie d'IST et des taux élevés d'infection par la tuberculose (y compris la tuberculose à bacilles multirésistants) se produisant en même temps créent les conditions d'une épidémie importante d'infection par voie sexuelle du VIH à court terme et peuvent conduire dans quelques années à une vaste épidémie généralisée de VIH/sida. Il faut donc que la l'action actuelle en Europe soit considérablement amplifiée tant au plan national qu'international.

25. Dans le contexte de la situation épidémiologique actuelle, la stratégie globale de l'OMS consiste à réduire la transmission des IST et du VIH/sida, la vulnérabilité à ces maladies et leur impact. Autrement dit, l'OMS cherche à aider les pays à empêcher la propagation de la maladie en diminuant le risque de transmission du VIH, à prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH/sida et à améliorer la qualité de leur vie par des traitements et des soins adaptés, à influencer sur la morbidité, le handicap et la mortalité qui y sont liés et à atténuer l'impact de l'épidémie en encourageant des politiques sanitaires sectorielles et des environnements institutionnels propices.

26. Une action efficace face à l'épidémie actuelle doit donc :

- prévoir immédiatement de vastes interventions ciblées sur les groupes à haut risque – utilisateurs de drogues par injection et leurs partenaires sexuels, professionnels du sexe, homosexuels masculins, prisonniers, migrants et minorités ;
- créer et renforcer simultanément la capacité du secteur des soins de santé à réagir face à la propagation imminente à grande échelle d'une épidémie transmise par voie sexuelle.

Paludisme

27. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'est engagé à lutter efficacement contre la morbidité liée au paludisme et dès 1999 a mis au point une stratégie régionale visant à faire reculer cette maladie dans les pays touchés de la Région, l'objectif final étant pour la Région européenne de faire barrage à la transmission du paludisme, en particulier le paludisme à *Plasmodium falciparum*, d'ici 2010. Le Programme régional de lutte contre le paludisme traite les questions qui y sont liées : 1) en élargissant et en intensifiant les partenariats nationaux dans le cadre de partenariats régionaux et mondiaux et en fournissant le soutien et l'assistance technique nécessaires ; 2) en améliorant les capacités décisionnelles des pays ; 3) en renforçant les capacités de diagnostic précoce et de traitement rapide et radical ; 4) en renforçant les moyens permettant de détecter rapidement les épidémies, de les endiguer ou de les prévenir ; 5) en cherchant à promouvoir des mesures préventives rentables et durables, y compris la lutte antivectorielle ; et 6) en renforçant les capacités de surveillance et de recherche opérationnelle.

Action

Tuberculose

28. En 1995, avant que l'OMS ne commence à encourager activement la lutte efficace contre la tuberculose dans la Région, seuls six des 51 pays utilisaient la stratégie DOTS, contre 34 aujourd'hui. Parmi les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants, seuls deux pays n'ont pas adopté cette stratégie. Cependant, 17% seulement de la population de la Région en moyenne ont accès actuellement à des services utilisant cette stratégie. Même si le pourcentage de la population couverte est encore faible dans les pays d'Europe centrale et les nouveaux États indépendants, la plupart de ces pays ont commencé à utiliser cette stratégie, ce qui n'est pas le cas dans la majorité des pays d'Europe occidentale.

29. L'utilisation de la stratégie DOTS dans la Région a permis d'augmenter le taux de guérison, d'abaisser considérablement la mortalité due à la tuberculose dans certains pays et de diminuer la tuberculose à bacilles multirésistants acquise en Lettonie.

30. La Déclaration d'Amsterdam de 2000 et l'engagement de Washington de 2001 en faveur de la lutte contre la tuberculose ont reconnu la nécessité d'accélérer la diffusion de la stratégie DOTS afin d'atteindre les cibles de l'Assemblée mondiale de la santé pour 2005 (détecter 70% des cas infectieux et guérir 85% des cas dépistés) et les objectifs du plan mondial d'extension de la stratégie DOTS pour 2010 (réduire de 50% la mortalité et la prévalence). La plupart des pays de la partie orientale de la Région sont incapables de poursuivre l'application des programmes de lutte contre la tuberculose sans ressources humaines et financières extérieures. C'est pour coordonner les activités que le plan d'extension mondial de la stratégie DOTS pour lutter contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2002–2006 a été conçu. Ce plan, qui a fait l'objet d'un débat et a été approuvé à la douzième réunion du Comité de coordination interinstitutions sur la tuberculose tenue en janvier 2002, est présenté au Comité régional pour examen et adoption. Le document EUR/RC52/9 Add.1 est présenté au Comité régional pour examen et approbation.

VIH/sida

31. La Région européenne de l'OMS n'a pas été une région géographique prioritaire au plan de la lutte mondiale contre les IST, le VIH et le sida. Toutefois, en raison de la forte augmentation du nombre de nouveaux cas ces dernières années, il faut que les systèmes de soins de santé nationaux apportent une réponse immédiate et d'envergure. Une action appropriée consistera principalement à générer et à maintenir un soutien politique fort aux plans national et régional et à obtenir de nouvelles sources de financement pour la conception et la mise en œuvre d'interventions de santé publique adaptées.

32. Des politiques de santé publique appropriées et rationnelles fondées sur des données scientifiques devraient permettre aux personnes atteintes d'IST, d'infection à VIH ou du sida d'avoir accès à

l'information, à des services préventifs (par exemple, distribution de préservatifs, planification familiale, conseils et dépistage volontaire et confidentiel) ainsi qu'à des traitements et à des soins efficaces, d'un coût abordable et facilement accessible.

33. Il est également nécessaire de promouvoir des activités législatives et normatives éthiques qui respectent les critères les plus contraignants des droits civils et des droits de l'homme, qui protègent la vie privée et la dignité et qui incitent également les populations à haut risque à chercher de l'aide auprès des services de santé.

34. Des groupes vulnérables, tels que les consommateurs de drogue par voie intraveineuse, les homosexuels masculins, les professionnels du sexe, les adolescents et les prisonniers sont très exposés au risque d'IST d'infections à VIH ou du sida et ils sont à leur tour une source d'infection majeure pour le reste de la population. Marginalisés, ils ont un accès limité aux services de soins de santé et ont besoin d'approches spécifiques et de services de proximité.

35. Les programmes de réduction des risques, en particulier l'échange de seringues, offrent les meilleurs moyens de prévention pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, qui représentent le principal groupe à risque en Europe. De nombreux modèles mathématiques sur l'impact des projets d'échange de seringues confirment que ces projets pourraient contribuer à réduire considérablement le nombre d'infections chez les bénéficiaires, leurs partenaires sexuels et toxicomanes et leurs enfants. Dans presque tous les cas, le coût d'une infection par le VIH évitée est de loin inférieur au coût à vie du traitement d'une personne infectée. Toutefois, la majorité des études portant sur les bénéficiaires des projets d'échange de seringues montrent une augmentation des taux de comportement à risque VIH dû à l'usage de drogues et pas de diminution des comportements à risque liés à la sexualité. Cela montre bien que les projets d'échange de seringues doivent être complétés par d'autres services, tels que conseils et dépistage volontaire, promotion et distribution de préservatifs, recours à des traitements des IST et des infections opportunistes, etc.⁶.

36. Dans tous les pays, le système de transfusion sanguine national doit empêcher la transmission des IST et de l'infection à VIH par le sang et les produits sanguins. Garantir une offre de sang et de produits sanguins non contaminés est l'une des tâches fondamentales de tout système national de santé.

37. Il est possible d'éviter ou de réduire la transmission verticale du VIH par une série de mesures prises dans le domaine des soins de santé primaires. La prévention primaire offre notamment des services de santé sexuelle et de planification familiale aux femmes en âge de procréer et la possibilité de se faire avorter aux femmes enceintes vivant avec le VIH/sida. La prévention secondaire comporte en principe des thérapies antirétrovirales complètes destinées aux femmes enceintes séropositives qui décident de poursuivre leur grossesse ainsi qu'à leur bébé et l'accès à d'autres solutions d'allaitement. Tous les pays devraient pouvoir fournir au minimum un traitement antirétroviral de courte durée qui permette de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant du VIH avant, pendant et après l'accouchement.

Paludisme

38. L'attention internationale et politique dont les pays de la Région européenne de l'OMS touchés par le paludisme ont été l'objet ces dernières années s'est traduite par des engagements et des actions concrets. L'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, le Tadjikistan et la Turquie, soutenus par l'OMS et d'autres partenaires de l'initiative Faire reculer le paludisme, ont réussi à faire démarrer des partenariats Faire reculer le paludisme dans leur pays.

39. Une volonté politique forte de traiter la maladie au niveau national, un appui soutenu de l'OMS (à la fois au Siège et au Bureau régional de l'Europe), une vaste campagne d'action contre le paludisme et un large partenariat en faveur de l'initiative Faire reculer le paludisme ainsi qu'une aide financière

⁶ The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad – Summary, conclusions and recommendations. Université de Californie, École de santé publique, 1993.

considérable et un ciblage précis sur la situation paludique locale et les besoins des pays ont conduit ces dernières années à une réduction sensible de l'incidence connue de cette maladie dans la Région. Entre 1999 et 2001, le nombre déclaré de cas de paludisme dans la Région est passé de 37 168 à moins de 25 000. Il vaut la peine de noter que l'avenir de la situation dans la Région dépendra largement de ce qui se passera en Turquie, qui a connu dans le passé des épidémies foudroyantes de paludisme, et au Tadjikistan, où les ressources sont insuffisantes pour traiter le problème.

Enjeux

40. Enjeux communs aux trois maladies.

- Il faudrait reconnaître que la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme entravent considérablement le développement social, économique et sanitaire dans la Région européenne de l'OMS ;
- Une aide devrait être fournie aux pays pour qu'ils puissent renforcer leur capacité à planifier, appliquer, gérer et évaluer les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme et notamment prévoir des plans d'action et des budgets ;
- Il faudrait créer, comme le recommande le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, des mécanismes de coordination nationaux au sein desquels les agences gouvernementales, les organisations non gouvernementales, les associations locales, les institutions du secteur privé et les organismes bilatéraux et multilatéraux seraient largement représentées de façon à pouvoir évaluer les sommes actuellement dépensées pour lutter contre ces trois maladies, ainsi que le montant des fonds supplémentaires nécessaires ;
- Il faudrait aider les pays à obtenir un financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- La prévention et le traitement de la tuberculose, du VIH/sida et du paludisme devraient faire partie intégrante des soins de santé primaires et contribuer largement au développement global des systèmes nationaux de santé ;
- Il faudrait renforcer la coopération entre les programmes de prévention et de traitement de la tuberculose et du VIH/sida, en encourageant un recours plus fréquent à toutes les interventions appropriées, notamment conseils et dépistage volontaires et initiatives locales en matière d'éducation, de soins et d'appui.

Tuberculose

41. Il est nécessaire d'étendre rapidement la stratégie DOTS à tous les États membres européens, y compris ceux d'Europe occidentale, afin d'atteindre l'objectif mondial d'éradication de la tuberculose et les cibles de l'Assemblée mondiale de la santé, afin d'inverser la tendance actuelle à la hausse et éviter la propagation de la tuberculose à bacilles multirésistants. Dans les pays où les taux de prévalence de cette maladie sont élevés, la stratégie DOTS plus devrait être appliquée.

42. Compte tenu de l'épidémie actuelle de tuberculose et de tuberculose à bacilles multirésistants dans les nouveaux États indépendants, il est urgent d'appliquer la stratégie DOTS et il est capital d'intégrer la lutte contre la tuberculose dans les prisons dans l'action générale contre cette maladie.

43. Le développement rapide de l'épidémie du VIH dans les nouveaux États indépendants pourrait déclencher une double épidémie de tuberculose et de VIH. Malgré l'interdépendance des deux maladies, la collaboration entre programmes de prévention et de lutte n'est pas aussi étroite qu'elle devrait l'être à l'échelon des pays. Il faudrait redoubler d'efforts pour amener les deux programmes en symbiose totale.

44. Dans le cadre des processus actuels de réforme du secteur de la santé, il faudrait préparer la décentralisation et l'intégration dans les soins de santé primaires des services de lutte contre la tuberculose.

45. La lutte contre la tuberculose ne se pose pas en termes de pays mais doit être considérée comme une urgence de santé publique au plan international. La coopération entre pays et l'aide qu'apportent la communauté internationale et les bailleurs de fonds internationaux aux pays à faible revenu est donc décisive pour lutter contre les épidémies de tuberculose et de tuberculose à bacilles multirésistants dans la Région.

VIH/sida

46. Les grands problèmes qui empêchent de prévenir et de combattre efficacement les épidémies d'IST, d'infection à VIH et de sida sont les suivants :

- manque de connaissance et de compréhension des conséquences et de l'impact de l'épidémie dans les années à venir ;
- engagement politique à long terme insuffisant pour traiter l'épidémie et ses conséquences, notamment les hésitations en matière de redistribution des ressources au sein des systèmes nationaux de la santé ;
- augmentation insuffisante de l'aide extérieure aux pays à faible et moyen revenus dans la Région européenne de l'OMS ;
- manque de détermination à mettre en place des mesures de prévention et de lutte d'un coût abordable et efficaces, telles que distribution de préservatifs, éducation sexuelle, interventions visant à réduire les risques, même si elles sont parfois sources de polémique au plan politique ;
- capacité insuffisante des secteurs nationaux de la santé à fournir des services de prévention, de traitement et de soins appropriés facilement accessibles aux personnes atteintes d'IST, d'infection à VIH et de sida ;
- absence de données détaillées et affinées sur la surveillance, d'où l'impossibilité de concevoir des stratégies efficaces permettant d'endiguer l'épidémie, de planifier des services, d'allouer et de déployer les ressources appropriées à moyen et long termes.

Paludisme

47. L'ampleur des conséquences de cette maladie au plan régional est sous-estimée. Le potentiel global du paludisme est sans aucun doute aussi important qu'il l'était avant l'an 2000, notamment dans le sud-est de l'Anatolie, où l'incidence et la prévalence du paludisme sont les plus élevées de Turquie. Des études récentes réalisées par l'OMS dans la partie méridionale du Tadjikistan, zone frontière avec l'Afghanistan, ont montré que dans la région de Khatlon (zone la plus touchée dans la Région européenne de l'OMS), qui compte en tout près de 2,2 millions de personnes, entre 150 000 et 250 000 seraient porteurs du paludisme.

48. La situation dans la Région est aggravée par l'ampleur du problème du paludisme et la propagation du paludisme à *Plasmodium falciparum* au Tadjikistan. L'incidence et la prévalence de la maladie restent relativement élevées en Turquie, où un quart de la population totale vit toujours dans des zones où la maladie est endémique. Année après année, elle revêt les dimensions d'une épidémie en Géorgie et en Ouzbékistan. On n'est pas à l'abri d'une aggravation des problèmes liés au paludisme transfrontalier dans les années à venir ni d'une reprise de la transmission du paludisme dans les Balkans et les pays voisins.

49. Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme lancés par les pays se heurtent actuellement à de nombreux problèmes et contraintes dans la mise en œuvre d'activités antipaludiques : 1) capacités nationales de diagnostic rapide et de traitement radical du paludisme insuffisantes ; 2) manque de préparation aux situations d'urgence en cas d'épidémie de paludisme, notamment une pénurie aiguë d'insecticides et de matériel de lutte antivectorielle ; 3) manque de personnel technique qualifié possédant des connaissances et des compétences en matière de prévention et de lutte contre le paludisme ; 4) pas de surveillance de la maladie, notamment parmi les populations locales ; 5) manque de compétences et de connaissances en matière de prévention du paludisme à l'échelon local ; et 6) investissements financiers

insuffisants de la part des gouvernements dans la lutte contre le paludisme. D'une manière générale, les services chargés de la lutte contre le paludisme sont conscients des problèmes et des difficultés auxquels ils sont confrontés, ainsi que des mesures correctives possibles. Certes, ils s'efforcent d'appliquer des mesures efficaces de lutte mais ils doivent faire face à un manque de ressources, notamment pour la lutte antivectorielle.

50. Les besoins annuels du programme régional Faire reculer le paludisme (niveau de ressources nécessaires pour que l'impact du projet dans les pays de la Région touchés par le paludisme soit visible) sont estimés à 5–6 millions de dollars des États-Unis. Le manque de fonds limitera la portée des activités du projet.