



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 Add.1
18 juillet 2002
23013
ORIGINAL : ANGLAIS

PLAN D'EXTENSION DE LA STRATÉGIE DOTS POUR FAIRE BARRAGE À LA TUBERCULOSE DANS LA RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS 2002–2006

Le Plan d'extension de la stratégie DOTS pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2002–2006 est présenté au Comité régional pour examen et approbation. Il convient de le rapprocher du document EUR/RC52/9 et du projet de résolution EUR/RC52/Conf.Doc./5.

Sommaire

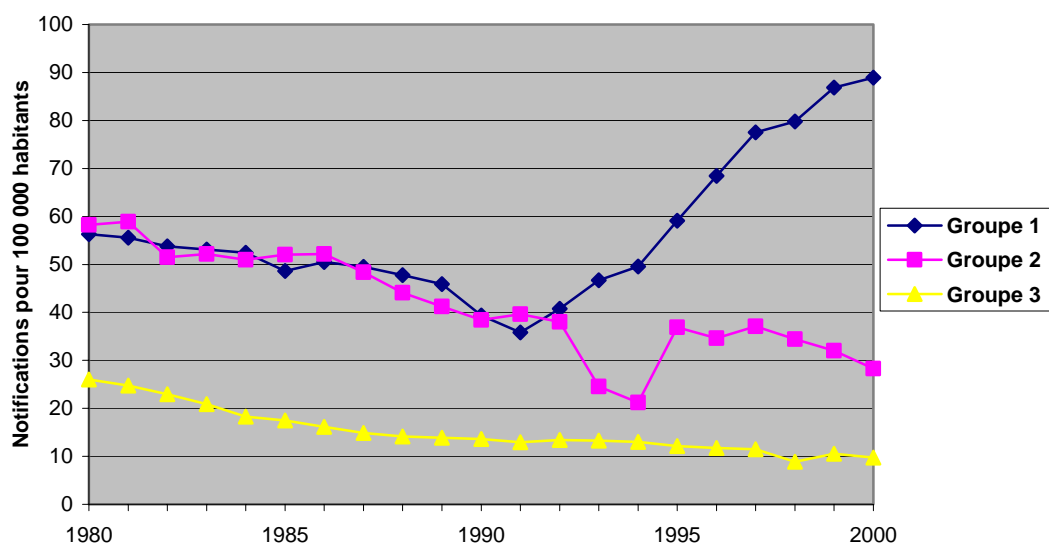
	<i>Page</i>
Introduction	1
La situation actuelle en matière de tuberculose dans la Région européenne	1
Du partenariat mondial Halte à la tuberculose au Plan d'extension de la stratégie DOTS pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS.....	2
Principes du Plan européen d'extension de la stratégie DOTS	4
But, objectifs, cibles et principales étapes.....	5
Orientations stratégiques du Plan européen d'extension de la stratégie DOTS	9
Orientations stratégiques d'ensemble	9
Classement des pays.....	10
Principaux aspects et activités de la stratégie DOTS	12
Aspects spécifiques de la stratégie DOTS pour chaque groupe.....	20
Recherche et développement.....	25
Planification et coordination	27
Au niveau national	27
Au niveau régional.....	28
Partenariat.....	30
Le Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse.....	30
Les comités nationaux interinstitutions.....	30
Ressources nécessaires	31
Annexe 1 Glossaire.....	33
Annexe 2 Résolution WHA53.1 de la Cinquante-troisième Assemblée mondiale de la santé – Initiative Halte à la tuberculose.....	35
Annexe 3 Engagement de Washington – Halte à la tuberculose	37
Annexe 4 Cibles et résultats attendus pour 2006 ; étapes importantes en 2002 et 2003.....	42
Annexe 5 Extension de la stratégie DOTS par pays (population couverte en pourcentage de la population totale).....	43
Annexe 6 Répartition du personnel de l'OMS chargé de la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne.....	44
Annexe 7 Budget du Bureau régional pour la lutte antituberculeuse, 2000–2001.....	44
Annexe 8 Budget estimé et besoins supplémentaires pour la lutte antituberculeuse dans la Région européenne de l'OMS, 2002–2006 (USD)	44
Annexe 9 Mandat du Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse	45

Introduction

La situation actuelle en matière de tuberculose dans la Région européenne

La situation en matière de tuberculose est critique dans 16 des 51 pays de la Région européenne de l'OMS, avec une résurgence de la maladie et une augmentation considérable des taux de notification ces 10 dernières années (fig. 1). Aujourd'hui, les pays où la tuberculose progresse représentent plus des trois quarts (77%) de la charge de tuberculose en Europe, ce qui risque d'affecter d'autres pays de la Région. La tuberculose est également un problème de santé publique dans les 35 autres pays européens ayant une charge de tuberculose moyenne ou faible, où la baisse des taux de prévalence de la tuberculose et des taux de notification de la maladie a cessé du fait des guerres, des troubles civils et de l'insécurité, ainsi que de l'émergence de groupes à risque de tuberculose chez les immigrants. Si des mesures supplémentaires ne sont pas prises, les pays à faible charge de tuberculose risquent d'attendre des dizaines d'années avant d'entrer dans la phase d'élimination (1 cas pour 1 million d'habitants) et de pouvoir éradiquer la maladie.

Figure 1. Taux de notification de la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS, 1980–2000



Groupe 1 : 16 pays à forte charge de tuberculose : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine.

Groupe 2 : 11 pays à charge de tuberculose intermédiaire : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Espagne, ex-République yougoslave de Macédoine, Hongrie, Pologne, Portugal, Turquie, Yougoslavie.

Groupe 3 : 24 pays à faible charge de tuberculose (et à faible incidence) : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.

Dans la Région européenne, la tuberculose est la première cause de mortalité par maladie infectieuse chez les jeunes et les adultes, et ce malgré l'existence d'une stratégie d'un très bon rapport coût-efficacité connu sous le nom de DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe), qui permet de guérir les personnes atteintes de cette maladie. Le nombre de cas traités avec succès a considérablement augmenté dans la Région ; en 1999, il atteignait

66% dans les zones hors DOTS et 78% dans celles où était mise en œuvre la stratégie DOTS. En 2000, cependant, 15% seulement de la population des cinq pays dans lesquels la charge de tuberculose était la plus forte de la Région (à savoir, dans l'ordre, la Fédération de Russie, l'Ukraine, la Roumanie, l'Ouzbékistan et le Kazakhstan) avait accès à la stratégie DOTS.

Le taux de détection DOTS¹ dans la Région n'est que de 10,1% (22 430 cas à frottis d'expectoration positif dans les zones DOTS sur 220 813 cas estimés en 2000), ce qui est loin de l'objectif mondial de 70%². Bien que la plupart des pays à forte charge de tuberculose aient adopté la stratégie DOTS ces cinq dernières années, seuls 20% des cas de tuberculose notifiés ont fait l'objet de cette stratégie en 2000. Des six régions de l'OMS, la Région européenne est celle qui a la couverture DOTS la plus faible (17,3%) et le taux de détection DOTS le plus bas.

Du partenariat mondial Halte à la tuberculose au Plan d'extension de la stratégie DOTS pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS

Suite à une résurgence de la tuberculose dans de nombreuses parties du monde, l'OMS a lancé à Bangkok, en novembre 1998, le Partenariat mondial Halte à la tuberculose, qui regroupe aujourd'hui, dans le monde entier, plus d'une centaine d'organisations engagées dans la lutte contre cette maladie. Le Partenariat Halte à la tuberculose coordonne les travaux de ces organisations par l'intermédiaire de six groupes de travail (chargés, respectivement, de l'extension de la stratégie DOTS, de la co-infection tuberculose-VIH, de la tuberculose polychimiorésistante, des nouveaux diagnostics, des nouveaux médicaments et des nouveaux vaccins) et au sein du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en antituberculeux (GDF). Le projet de Plan mondial pour enrayer la tuberculose a été lancé lors d'une réunion à Washington en octobre 2001, le premier Forum sur le Partenariat mondial Halte à la tuberculose (annexe 3). Le Plan mondial d'extension de la stratégie DOTS (GDEP), qui fait partie du Plan mondial pour faire barrage à la tuberculose, propose un modèle de mobilisation des ressources humaines et financières nécessaires pour développer la lutte antituberculeuse en tant qu'élément constitutif du système national de santé, notamment dans les 22 pays où la charge de tuberculose est la plus forte du monde, afin d'atteindre les objectifs mondiaux de la lutte antituberculeuse.

Le Groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS s'est réuni au Caire en 2000 et à Paris en 2001, dans le but de soutenir la planification, l'élargissement et la durabilité des efforts déployés pour la lutte antituberculeuse afin d'atteindre l'objectif fixé au niveau mondial. L'une de ses activités consiste à faciliter la mise au point de plans régionaux.

Le GDF, autre initiative du Partenariat mondial Halte à la tuberculose, vise à garantir l'accès à des antituberculeux de haute qualité. Il a été lancé en mai 2000 et est devenu opérationnel en janvier 2001. En juin 2002, quatre pays européens (l'Arménie, l'Ouzbékistan, la République de Moldova et le Tadjikistan) ont obtenu l'agrément nécessaire pour recevoir l'appui du GDF.

En 1999, le Partenariat mondial a créé le Groupe de travail sur la stratégie DOTS-Plus dans le but d'essayer de trouver une solution plus efficace au problème de la tuberculose polychimiorésistante et d'améliorer l'accès à des antituberculeux de deuxième intention fournis à des prix

¹ Pour une définition, voir annexe 1.

² Estimations tirées du *Rapport OMS 2002 : Lutte mondiale contre la tuberculose – surveillance, planification, financement*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (document WHO/CDS/TB/2002.295).

de faveur. Au sein de ce Groupe de travail, le Comité Feu Vert reçoit les propositions de projets et donne son agrément aux projets conformes aux principes directeurs³.

La Conférence ministérielle sur la tuberculose et le développement durable, qui a eu lieu à Amsterdam en mars 2000, a publié la Déclaration d'Amsterdam visant à faire barrage à la tuberculose. Les auteurs de la Déclaration ont appelé à une accélération de l'élargissement des mesures de lutte ainsi qu'à un engagement politique et à l'affectation de ressources financières accrues, aux niveaux national et international, pour atteindre d'ici 2005 les objectifs fixés au niveau mondial. L'Engagement de Washington Halte à la tuberculose, rendu public en octobre 2001 (annexe 3), demande une intensification des efforts déployés pour mettre en œuvre la Déclaration d'Amsterdam.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) est un dispositif autonome créé sur la base d'un partenariat public-privé, dont l'objectif est d'accroître les ressources disponibles pour lutter contre ces trois maladies, d'orienter ces ressources vers les zones qui en ont le plus besoin et de veiller à ce que les fonds soient utilisés efficacement. L'idée d'un dispositif international de financement permettant de lutter contre ces maladies s'est fait jour au Sommet du G8 à Okinawa en juillet 2000. À l'invitation expresse du secrétaire général et de dirigeants nationaux, ce concept a ensuite été approuvé à l'unanimité à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, en juin 2001. Le mois suivant, les dirigeants du G8, réunis à Gênes, se sont engagés à verser au Fonds 1,3 milliard de dollars des États-Unis. L'annonce des propositions approuvées, le 25 avril 2002, a marqué la fin d'un processus très rapide d'examen de l'ensemble de ces questions.

En 1998, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, à sa quarante-huitième session, a adopté la SANTÉ 21⁴, dont le but 7 concerne les maladies transmissibles, et a invité instamment les États membres à intensifier la lutte antituberculeuse en tant que partie intégrante des soins de santé primaires. De plus, le Bureau régional, dans une étude des politiques de santé qu'il a entreprise en 2000, a identifié la tuberculose comme l'une de ses toutes premières priorités de santé dans 21 des 27 pays ayant fait l'objet de son enquête, et a souligné que la tuberculose était la première ou la deuxième des priorités dans les 16 pays dans lesquels l'on avait constaté que les taux de notification de la tuberculose augmentaient.

Mis au point en réaction à la crise épidémiologique dans la Région et en fonction des priorités définies dans l'étude sur les politiques de santé, le Plan d'extension de la stratégie DOTS pour faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS (Plan européen d'extension de la stratégie DOTS) proposera un modèle de mobilisation des ressources humaines et financières nécessaires au développement de la lutte antituberculeuse en tant qu'élément constitutif du système national de santé de chaque pays de la Région. Le Plan européen d'extension de la stratégie DOTS constituera une contribution au GDEP et aux activités des groupes de travail sur la co-infection tuberculose et VIH et la tuberculose polychimiorésistante, le but étant de renforcer les systèmes de santé en général dans la Région et de permettre aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse de fonctionner efficacement.

³ *Guidelines for establishing DOTS-Plus pilot projects for the management of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB)*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (document WHO/CDS/TB/2000.279).

⁴ *SANTÉ 21. La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).

Principes du Plan européen d'extension de la stratégie DOTS

Aujourd'hui, les principaux obstacles à l'extension de la lutte antituberculeuse sont d'ordre politique ou financier, ou relèvent de problèmes de gestion, même s'il reste encore un certain nombre de questions particulières à résoudre telles que l'infection par le VIH et la tuberculose polychimiorésistante. Le Plan européen d'extension de la stratégie DOTS a pour but de favoriser une volonté sociale et politique d'atteindre les objectifs fixés au niveau mondial en matière de lutte antituberculeuse, et ce dans le cadre du système de santé global. Ce Plan fait ressortir les besoins et les insuffisances de ressources des différents pays, et met l'accent sur la collaboration avec les gouvernements des pays dans lesquels la tuberculose est endémique, avec les institutions nationales et internationales et avec les organisations non gouvernementales (ONG). On s'attend à ce que cette approche coordonnée permette de renforcer l'engagement politique, de mobiliser les ressources nationales et extérieures et d'accroître l'efficacité.

Le Plan européen d'extension de la stratégie DOTS est basé sur deux principes : l'élaboration de plans nationaux d'extension de la stratégie DOTS et la constitution de partenariats pour lutter contre la tuberculose.

Les plans nationaux d'extension de la stratégie DOTS

Les plans d'extension de la stratégie DOTS pour le moyen terme doivent être à la fois techniquement au point et réalisables ; ils doivent prendre en considération les caractéristiques du système national de santé. Un plan doit comprendre un calendrier d'extension de la stratégie DOTS et une liste des principales ressources affectées, notamment budgétaires (médicaments et équipements pour les diagnostics, renforcement de la gestion, procédures de supervision, formation, personnel, prise en charge des patients respectueuse de leurs droits, surveillance, activités spéciales pour augmenter le nombre de cas détectés et traités avec succès dans le contexte de la polychimiorésistance). Il facilitera la gestion et permettra d'améliorer l'efficacité de l'affectation des ressources, de contrôler la mise en œuvre des projets et de suivre la progression vers les objectifs.

La constitution de partenariats

Les partenariats représentent l'une des clés de la réussite de la lutte antituberculeuse. On ne parviendra à maîtriser cette maladie en Europe que par une collaboration entre les différents partenaires, aussi bien dans le secteur de la santé qu'en dehors de celui-ci. Il faut créer des partenariats entre pays, organismes, fondations et ONG, tout en respectant et renforçant la souveraineté nationale en matière de santé. Les partenariats au niveau national entre les différents centres d'activité du secteur de la santé (lieux de pratique clinique, laboratoires, centres de santé et hôpitaux, établissements universitaires, organismes publics et privés, organismes publics et organisations non gouvernementales) sont nécessaires à l'efficacité de la lutte antituberculeuse et à la mise en place d'un accès universel aux soins dont ont besoin les tuberculeux.

Le Plan européen d'extension de la stratégie DOTS s'appuie sur une approche qui débute et se termine dans le pays même.

- Ce sont les gestionnaires ou coordonnateurs du programme national qui sont chargés de la présentation de l'état d'avancement, des projets et des besoins de leur programme d'extension de la stratégie DOTS.

- Des partenaires techniques et financiers susceptibles de faciliter l'extension de la stratégie DOTS sont désignés pour les pays très touchés par la tuberculose. Le Ministère de la santé ou les autres partenaires désignent l'un des organismes techniques partenaires comme point de contact pour chaque pays et comme principal coordonnateur de l'aide extérieure, de la transmission des informations aux autres partenaires et du suivi des progrès accomplis.
- Sur la base du plan national, les gestionnaires ou coordonnateurs du programme national et les partenaires techniques et financiers déterminent les domaines dans lesquels une aide est nécessaire.
- Les plans régionaux prennent les plans nationaux comme points de départ, et les partenaires discutent de la mise en œuvre des activités interpays (aux niveaux régional et sous-régional) et du soutien à apporter à ces activités pour renforcer les programmes nationaux.

But, objectifs, cibles et principales étapes

But

Le but du Plan européen d'extension de la stratégie DOTS est de définir l'ampleur des efforts à déployer pour réduire dans des proportions significatives la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose, et pour promouvoir l'accessibilité et la durabilité de la stratégie DOTS en tant que partie intégrante du développement du système de santé.

Objectifs

Les objectifs du Plan européen d'extension de la stratégie DOTS sont les suivants :

- Réduire de moitié au moins, en dix ans (d'ici à 2012), en les ramenant par conséquent à leurs niveaux de 1990, la charge de tuberculose et la mortalité due à la tuberculose dans la Région.
- Développer la mise en œuvre de la stratégie DOTS en la rendant accessible à au moins 90% de la population dans chaque pays de la Région.
- Ramener au-dessous de 1%, en 10 ans (d'ici à 2012) la tuberculose primaire poly-chimiorésistante au niveau régional.
- Intégrer la stratégie DOTS dans la politique et la planification générales de la santé au niveau national.
- Adapter la stratégie DOTS à l'évolution des systèmes de santé dans des domaines tels que la planification, l'extension, les principes directeurs, le financement, les capacités en ressources humaines, l'approvisionnement en médicaments, la fourniture des services, le suivi et l'évaluation, la sensibilisation au problème de la tuberculose, la mobilisation de la société et la recherche opérationnelle.

Cibles

Les cibles, au niveau mondial (à atteindre avant la fin de 2005), sont les suivantes :

- Parvenir grâce au traitement à un taux de guérison d'au moins 85% des cas de tuberculose pulmonaire à frottis d'expectoration positif (ou d'au moins 85% des cas de tuberculose confirmés dans les pays du groupe 3) dans le programme DOTS.
- Faire en sorte qu'au moins 70% des cas de tuberculose pulmonaire à frottis d'expectoration positif estimés (ou au moins 70% des cas de tuberculose confirmés dans les pays du groupe 3) bénéficient du programme DOTS, soit un taux de détection DOTS de 70%.

Les cibles régionales (à atteindre avant la fin de 2006) sont les suivantes :

Extension de la stratégie DOTS dans un système de santé en évolution

- Adopter la stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose et d'élimination de cette maladie, notamment par la mise en place d'un coordonnateur central et d'une équipe d'experts nationaux chargés d'orienter et soutenir les professionnels participant aux activités de lutte antituberculeuse.
- Adapter la stratégie DOTS à l'évolution du système de santé, par exemple aux changements rendus nécessaires par l'intégration, la décentralisation, le partage des coûts, l'assurance sociale, la privatisation, les approches sectorielles, les soins de santé primaires et les droits des patients.
- Veiller à ce que les services soient fournis dans l'ensemble du système de santé, à tous les niveaux, y compris dans les établissements de santé périphériques et grâce à la participation de la société civile.
- S'assurer que les résultats du traitement soient évalués pour au moins tous les cas de tuberculose pulmonaire à frottis d'expectoration positif.
- Inclure les indicateurs DOTS parmi les indicateurs de performance du système de santé des pays du groupe 1.
- S'assurer que la stratégie DOTS est appliquée dans les établissements pénitentiaires, conformément au programme national de lutte contre la tuberculose et en liaison étroite avec les services de santé généraux.

Performance de la stratégie DOTS

- Appliquer la stratégie DOTS à tous les cas de tuberculose détectés.
- Mettre en œuvre les projets DOTS-Plus approuvés par le Comité Feu vert dans les régions et pays où la tuberculose polychimiorésistante est un grave problème.

Approvisionnement en médicaments et qualité des médicaments

- Faire en sorte que les malades, quel que soit le type de tuberculose dont ils sont atteints, bénéficient d'un traitement gratuit au moyen d'antituberculeux de haute qualité.
- Assurer un approvisionnement ininterrompu d'antituberculeux de haute qualité en développant les capacités locales à choisir les médicaments en fonction de principes directeurs standard, à les acquérir et à les distribuer selon la pratique internationale en vigueur et à surveiller la prise de ces médicaments.

- Renforcer, dans chaque pays du groupe 1, l'organisme national chargé de la réglementation pharmaceutique, de manière à faire respecter les normes et critères de l'OMS en matière de qualité des médicaments.
- Promouvoir l'accès aux antituberculeux de deuxième intention dans les unités spécialisées en tuberculose polychimiorésistante agréées par le Comité Feu vert.
- Fournir des antituberculeux, par l'intermédiaire du GDF, aux pays des groupes 1 et 2 qui remplissent les critères prévus.

Réseaux de laboratoires

- Dans chaque pays, créer un réseau national de laboratoires et désigner un laboratoire central de référence.
- Renforcer le réseau national de laboratoires pour les diagnostics bactériologiques (examen et culture des bacilles acido-résistants) et l'assurance de qualité.
- Relier les réseaux nationaux de laboratoires au réseau supranational de laboratoires pour les tests de culture et de sensibilité.

Suivi et évaluation

- Améliorer le système de surveillance pour évaluer l'extension de la stratégie DOTS et les résultats de la lutte antituberculeuse en général.
- Suivre la pharmacorésistance dans les cas incidents ou par des sondages représentatifs ou des études de veille dans tous les pays.
- Créer des systèmes de surveillance de la co-infection VIH/sida dans les pays du groupe 1.
- Évaluer la prévalence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie au moyen d'un système efficace d'enregistrement des statistiques d'état civil.
- Améliorer le système d'enregistrement des statistiques d'état civil.
- Contrôler les dépenses, le niveau de financement et les déficits de financement pour tout ce qui concerne la lutte antituberculeuse, en tout cas dans les pays du groupe 1.

Recherche opérationnelle

- Mettre en place un cadre stratégique pour la tuberculose associée au VIH dans la Région européenne.
- Dispenser un traitement antirétroviral aux personnes atteintes de tuberculose.
- Étoffer les effectifs de la recherche grâce au renforcement de la formation et de la pratique au niveau national.
- Mettre au point une stratégie de lutte antituberculeuse adaptée aux groupes spéciaux tels que les détenus, les alcooliques, les sans domicile fixe, les personnes vivant dans des lieux reculés et les travailleurs migrants, et résoudre les questions particulières telles que celles liées aux disparités entre les sexes, aux problèmes transfrontaliers, aux pays sortant d'un conflit, etc.

Principales étapes

Avant fin 2002

- La Commission régionale pour l'Europe de l'OMS devra avoir adopté une résolution sur l'extension de la stratégie DOTS dans la Région européenne.
- Une réunion régionale européenne du Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse devra avoir eu lieu.
- Une stratégie consensuelle pour l'élimination de la tuberculose dans les pays à faible charge (groupe 3) devra avoir été mise au point, de même que des indicateurs de performance.

Avant fin 2003

- Tous les pays auront désigné un coordonnateur central pour la tuberculose ainsi qu'une équipe d'experts nationaux.
- Tous les pays auront incorporé un plan de lutte antituberculeuse (stratégie DOTS) dans leur politique nationale de santé.
- La couverture DOTS (population et traitement des cas) aura atteint 30%.
- 30 pays des groupes 1, 2 et 3 auront établi des systèmes de mesure des résultats du traitement au moyen d'une analyse de cohorte, comme le recommande l'OMS.
- 10 pays du groupe 1 et 5 pays du groupe 2 auront établi un budget annuel de lutte antituberculeuse et un système de communication d'informations sur la situation en matière de financement lors de réunions annuelles sur la tuberculose organisées au niveau national (Journée mondiale de lutte antituberculeuse, conférences, séminaires, conférences de presse, émissions télévisées, etc.).
- Des antituberculeux dont la qualité aura été démontrée seront fournis par l'intermédiaire du GDF ou du système national d'approvisionnement pharmaceutique à la plupart des pays du groupe 1 et à 5 pays du groupe 2 (Albanie, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Hongrie et Pologne).
- 30 pays assureront une surveillance de la pharmacorésistance.
- 3 pays (Kazakhstan, Lituanie et Roumanie) auront été sélectionnés pour le lancement des premiers projets DOTS-Plus (en plus des projets DOTS-Plus déjà existants en Estonie, Lettonie et Fédération de Russie).

Avant fin 2005

- La couverture DOTS (population et traitement des cas) aura atteint 90%, au moins dans les pays des groupes 1 et 2, et tous les pays auront mis en place un système de mesure des résultats du traitement basé sur l'analyse de cohorte.
- Les critères à remplir pour qu'un antituberculeux soit agréé seront, au minimum : a) son enregistrement auprès d'un organisme national de réglementation pharmaceutique reconnu et efficace (cet organisme étant chargé de la délivrance des licences et du contrôle des circuits de distribution, et devant utiliser un laboratoire de contrôle de la qualité, etc.); b) des certificats de type OMS et autres; c) une évaluation comparative de la biodisponibilité de la rifampicine fournie par le fabricant (avec un

document certifiant que c'est le même processus de fabrication qui est utilisé depuis les tests de biodisponibilité) ;

- L'OMS et l'Union européenne seront parvenues à un accord sur le maintien de l'aide bilatérale, au sein de l'Union, aux nouveaux États membres tels que les pays baltes.

Avant fin 2006

- La couverture DOTS (population et traitement des cas) aura atteint 100%, au moins dans les pays des groupes 1 et 2.
- Au moins trois grands pays du groupe 1 effectueront des recherches opérationnelles basées sur des enquêtes relatives à la prévalence de la tuberculose et à la mortalité due à cette maladie.
- Tous les pays auront pris les mesures nécessaires à la surveillance de la pharmacorésistance.
- Six pays de plus (Bulgarie, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova et Ukraine) auront été sélectionnés pour le lancement de projets DOTS-Plus.
- Tous les pays auront pris les mesures nécessaires à la surveillance de la co-infection tuberculose-VIH.
- Deux pays effectueront des recherches opérationnelles dans des zones sélectionnées sur le traitement antirétroviral des personnes atteintes de tuberculose et co-infectées par le VIH.
- Les pays des groupes 1 et 2 établiront un budget annuel de lutte antituberculeuse et un système de communication d'informations sur les insuffisances de financement lors de réunions annuelles sur la tuberculose organisées au niveau national (Journée mondiale de lutte antituberculeuse, conférences, séminaires, conférences de presse, émissions télévisées, etc.).
- Tous les pays distribueront des antituberculeux d'une qualité éprouvée.

Orientations stratégiques du Plan européen d'extension de la stratégie DOTS

Orientations stratégiques d'ensemble

Il est aujourd'hui prouvé que la stratégie DOTS est le moyen de lutte antituberculeuse qui présente le meilleur rapport coût-efficacité. La couverture de la stratégie DOTS dans la Région continue à s'élargir (seuls 20% des cas notifiés avaient bénéficié de la stratégie DOTS en 2000), et 18 pays ont déjà atteint une couverture nationale complète. L'extension de la stratégie DOTS nécessite des dépenses publiques souvent imprévues. La stratégie de base du Plan européen d'extension de la stratégie DOTS comprend les cinq éléments principaux suivants :

1. Un engagement durable des autorités politiques, nécessaire pour développer les ressources humaines et financières et faire en sorte que la lutte antituberculeuse devienne une activité nationale et fasse partie intégrante du système national de santé.

2. Des examens microscopiques de haute qualité des frottis d'expectoration des personnes qui présentent les symptômes de la tuberculose – y compris une toux prolongée – afin de pouvoir détecter efficacement les cas. Une attention particulière doit être accordée à la détection chez les groupes à haut risque, y compris ceux chez lesquels la tuberculose est associée au VIH et ceux qui vivent en établissement.
3. Toutes les personnes atteintes de tuberculose doivent bénéficier d'une chimiothérapie standard de courte durée, dans des conditions de prise en charge des cas appropriées, y compris sous surveillance directe. Ces conditions nécessitent des services de traitement techniquement fiables et en mesure d'apporter un soutien social efficace. La stratégie DOTS est tout particulièrement recommandée pour les pays du groupe 1 et pour les sujets qui risquent de ne pas prendre leurs médicaments.
4. Une offre ininterrompue de médicaments de haute qualité est essentielle, de même que des systèmes fiables d'approvisionnement, de distribution et de contrôle.
5. Il faut un système d'enregistrement et de notification permettant une évaluation des résultats du traitement pour chaque malade et du programme de lutte antituberculeuse dans son ensemble.

Ces cinq composantes sont le minimum nécessaire pour lutter efficacement contre la tuberculose. La mise en œuvre de cette stratégie exige souplesse et adaptation aux contextes les plus variés. Chaque pays définira ses propres priorités et adaptera les principaux aspects de la stratégie DOTS à la résolution de ses problèmes spécifiques.

Classement des pays

Les pays sont classés en trois groupes, sur la base de trois critères : a) la tendance épidémiologique de la tuberculose depuis les années 80 ; b) les types et l'ampleur des nouvelles activités nécessaires à l'extension de la stratégie DOTS ; c) la mortalité due à la tuberculose par groupe d'âge, qui reflète la charge de la tuberculose dans la Région européenne. La priorité sera accordée aux pays du groupe 1, et plus particulièrement aux cinq plus grands pays de ce groupe.

Le groupe 1 comprend 16 pays, pour une population totale de 313 millions d'habitants. Il se caractérise par une augmentation du nombre de cas de tuberculose estimés ces dix ou vingt dernières années, un taux de notification accru (sauf au Tadjikistan) et une forte charge de tuberculose. Le nombre total de cas estimés dans ce groupe en 2002 est de 433 000, soit 77% du nombre de cas dans la Région européenne. C'est ce groupe qui représente la plus forte charge de tuberculose dans la Région, et le succès de la lutte antituberculeuse dans la Région européenne dépendra essentiellement de la capacité des pays du groupe 1 à atteindre un taux de détection DOTS élevé (70%) et à maintenir un taux de réussite du traitement lui aussi élevé (85%), y compris dans les zones où les niveaux de tuberculose polychimiorésistante sont élevés. La couverture de la population des pays du groupe 1 par la stratégie DOTS n'a été que de 18,5% en 2000 (avec une couverture des cas inclus dans la stratégie DOTS de 16,8%). La Fédération de Russie figure parmi les 22 pays du monde où la charge de tuberculose est la plus forte. Parmi les 16 pays du groupe 1, le Kazakhstan, la Roumanie, la Fédération de Russie, l'Ukraine et l'Ouzbékistan représentent à eux seuls plus de la moitié de la charge de la tuberculose dans la Région européenne, et sont donc les pays prioritaires dans cette Région.

Le groupe 2 comprend 11 pays qui ont une charge de tuberculose intermédiaire, pour une population totale de 197 millions d'habitants. En 2002, le nombre total des cas estimés dans ce groupe est de 84 000, soit 15% de la charge totale de cas de tuberculose dans la Région européenne. La couverture de la population par la stratégie DOTS n'était que de 14,6% en 2000 (avec une couverture effective des cas par la stratégie DOTS de 20,0%). Mis à part quelques pays en situation de conflit ou sortant d'un conflit, la plupart des pays du groupe 2 possèdent de bonnes infrastructures de santé et le taux de notification des cas de tuberculose y a baissé ces dix dernières années. Mais l'incidence de la maladie y reste encore élevée, et la diminution de la charge de tuberculose a ralenti ces dernières années.

Le groupe 3 comprend 24 pays où la charge et l'incidence de la tuberculose sont faibles, pour une population totale d'environ 363 millions d'habitants. Le nombre total de cas estimés dans le groupe en 2002 est de 42 000, soit 7% de la charge totale de tuberculose dans la Région européenne. La couverture DOTS de la population n'a été que de 17,8% en 2000 (avec une couverture DOTS des cas de 19,1%); cela est essentiellement dû au manque de suivi des résultats du traitement chez les patients traités. En dépit d'une situation économique saine, la diminution de la charge de tuberculose a ralenti ces dernières années. Dans ce groupe de pays, la majorité des personnes atteintes de tuberculose et jusqu'à 80% de la charge de cette maladie sont imputables à des immigrés en provenance de pays à forte prévalence. Les autres groupes à risque sont les personnes âgées, les sans domicile fixe et les personnes séro-positives. Dans ce groupe, la stratégie DOTS est aujourd'hui orientée vers l'élimination de la maladie.

On trouvera la liste des pays, par groupe, avec les statistiques correspondantes sur la tuberculose, dans les tableaux 1 et 2 ci-après, respectivement.

Tableau 1. Classement des pays

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
<p>Pays prioritaires : Fédération de Russie^a, Ukraine, Roumanie, Ouzbékistan, Kazakhstan.</p> <p>Les 11 autres pays sont les suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Estonie, Géorgie, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, République de Moldova, Tadjikistan, Turkménistan.</p>	<p>Albanie, Bosnie- Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Espagne, Hongrie, ex-République yougoslave de Macédoine, Pologne, Portugal, Turquie, Yougoslavie</p>	<p>Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.</p>

^a Ce pays est l'un des 22 pays du monde où la charge de la tuberculose est la plus forte.

Tableau 2. Situation de la tuberculose par groupes de pays dans la Région européenne en 2000

	Population (en milliers de personnes)	Cas estimés			Cas notifiés		Couver- ture DOTS
		Cas de tuberculose	Cas de tuberculose à frottis positif	Décès pro- voqués par la tuber- culose	Cas de tuberculose	Cas de tuberculose à frottis positif	
Groupe 1	313 378	368 835	165 756	58 936	278 675	69 519	18,5%
Groupe 2	197 468	77 727	34 672	8 908	55 826	16 814	14,6%
Groupe 3	362 722	45 625	20 385	7 758	35 434	6 597	17,8%
Région euro- péenne	873 568	492 187	220 813	75 601	369 935	92 927	17,3%
Monde entier	6 053 531	8 734 804	3 836 173	1 883 620	3 671 973	1 529 806	55,0%

Principaux aspects et activités de la stratégie DOTS

Engagement politique et partenariats pour l'extension de la stratégie DOTS

Tous les pays du groupe 1 (sauf un) et du groupe 2 (sauf quatre) ont adopté la stratégie DOTS et ont prouvé que la stratégie DOTS peut guérir la tuberculose aussi bien dans les zones urbaines que dans les zones rurales (même les plus reculées). Mais les engagements politiques, financiers et techniques de ces pays pour améliorer la disponibilité de la stratégie DOTS au niveau national sont loin d'être les mêmes. Dans les groupes 1, 2 et 3, la couverture DOTS de la population continue à croître (en 2000, elle y était respectivement de 18,5%, 14,6% et 17,8%) et 18 pays ont déjà atteint 100% de couverture.

Dans 35 pays de la Région européenne, la progression vers la couverture nationale complète par la stratégie DOTS nécessite un engagement accru aux niveaux central, régional, provincial et des districts, ainsi qu'une augmentation des ressources dévolues à la lutte antituberculeuse pour les pays des groupes 1 et 2.

Les pays qui ont déjà mis en œuvre la stratégie DOTS à l'échelle nationale restent confrontés à un certain nombre de contraintes. Il faut convaincre les responsables politiques et les décideurs qu'il est judicieux d'investir à long terme dans la lutte antituberculeuse car la rentabilité économique de cet investissement est très élevée.

Le soutien des partenaires en matière d'apport technique, de formation et d'équipement est essentiel pour l'extension de la stratégie DOTS dans la plupart des pays des groupes 1 et 2. L'appui extérieur est primordial pour consolider les résultats et assurer une transition harmonieuse vers un financement de la lutte antituberculeuse par le budget national ordinaire.

Le manque de ressources fait obstacle à la satisfaction de nombreux besoins. Les activités proposées pour le renforcement de l'engagement politique et des partenariats en faveur de la lutte antituberculeuse sont les suivantes :

Au niveau national :

- Des réunions devraient regrouper les représentants des commissions techniques et politiques nationales et ceux du Comité d'extension de la stratégie DOTS.
- Il faudrait organiser des réunions du Comité national interinstitutions de lutte antituberculeuse.
- Le Plan national d'extension de la stratégie DOTS devrait être considéré comme un élément constitutif du plan de développement du secteur de la santé, et, de manière plus générale, comme une composante du plan de développement du pays.
- Les principes directeurs nationaux relatifs à la tuberculose devraient refléter le programme national de lutte antituberculeuse (détection, diagnostic, traitement, enregistrement) et de gestion de la tuberculose (assurance qualité, approvisionnement en médicaments, groupes à risque, formation, surveillance).
- Il faudrait établir, chaque année, un état des dépenses et un budget pour la lutte antituberculeuse, dans lequel seraient indiquées les contributions nationales, l'appui extérieur et les insuffisances de financement. Pour la budgétisation de postes tels que les médicaments, les fournitures de laboratoire, la formation, la supervision, la détection de cas active, la recherche opérationnelle, les fournitures de bureau et les frais d'impression, l'équipement (laboratoire, transports, locaux, bâtiments), le personnel (national et extérieur) et les campagnes de sensibilisation, il conviendrait de recourir à l'analyse des coûts. Le minimum, en tous cas, serait d'évaluer les dépenses en antituberculeux.
- Il faudrait établir un cadre juridique souple et rapidement adaptable pour certaines activités spécifiques de lutte antituberculeuse. Ce cadre devrait intégrer des principes directeurs nationaux sur la tuberculose, la gratuité de l'accès au diagnostic et au traitement pour toutes les personnes atteintes de tuberculose, les dotations budgétaires et en effectifs, etc..
- Des rapports d'activité annuels sur la lutte antituberculeuse devraient être diffusés sur le site Web du Bureau régional. Ces rapports devraient entre autres contenir des informations sur les budgets, les états de dépenses et les insuffisances de financement.
- La célébration de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose devrait être adaptée au contexte de chaque pays.

Au niveau régional

- Il conviendrait de convoquer des réunions du Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse.
- Les résultats des études épidémiologiques, des enquêtes sur la pharmacorésistance, de la surveillance de la tuberculose associée au VIH et des études sur les insuffisances de financement au niveau régional devraient être diffusés sur le site Web du Bureau régional.
- Les malades et leurs familles devraient être encouragés à participer activement aux activités de lutte antituberculeuse et à partager leur expérience.
- Il faudrait mettre au point des indicateurs permettant de mesurer l'impact économique, la sensibilisation des personnels et l'engagement politique.

Les antituberculeux pour l'extension de la stratégie DOTS

Le Plan européen d'extension de la stratégie DOTS a pour buts :

- D'encourager l'accès gratuit au traitement antituberculeux grâce à un approvisionnement ininterrompu en médicaments de haute qualité.
- De renforcer les autorités nationales de réglementation des médicaments.
- De promouvoir l'accès aux médicaments de deuxième intention pour la tuberculose polychimiorésistante dans les services spécialisés agréés par le Comité Feu vert.
- D'encourager le recours à des combinaisons de doses fixes de 2 et 4 médicaments afin d'éviter de devoir utiliser de la rifampicine en vrac.

Les principales questions à résoudre et les raisons pour lesquelles il importe d'atteindre ces buts sont les suivantes :

- L'accès gratuit au traitement antituberculeux permet de guérir complètement un plus grand nombre de malades et contribue à la lutte contre la pauvreté. La facilité d'accès permet également de faire en sorte qu'aussi bien les malades que les médecins adhèrent aux traitements appropriés. Le fait de faire payer ne serait-ce qu'un ticket modérateur minimal risque de faire obstacle au traitement précoce et d'avoir des effets négatifs sur l'observance, ce qui entraînerait une propagation accrue de l'infection. Si l'on fait payer les soins, il importe de veiller à ce que cela ne mette pas en péril l'accès de tous aux établissements de soins qui dispensent le traitement DOTS.
- Le renforcement de l'organisme national chargé de la réglementation pharmaceutique permettra de limiter l'utilisation d'antituberculeux aux seuls cas de tuberculose et de garantir leur qualité. Une action précoce de la part du Bureau régional, des autres institutions partenaires et des fabricants de produits pharmaceutiques facilitera l'application des normes de qualité à tous les antituberculeux et leur enregistrement auprès de l'organisme national de réglementation pharmaceutique.
- Les comprimés composés à dose fixe devraient être enregistrés, et l'on devrait procéder à une évaluation comparative de la biodisponibilité de la rifampicine et à la certification du maintien du même procédé de fabrication depuis que le test de biodisponibilité a eu lieu. L'enregistrement des produits pharmaceutiques devrait garantir non seulement que le produit lui-même est de bonne qualité, mais aussi que l'industrie pharmaceutique utilise des procédés de fabrication reconnus comme valables et qu'un contrôle de qualité efficace est appliqué.
- Les fabricants de produits pharmaceutiques ont accepté de vendre les médicaments de deuxième intention à des prix de faveur pour les projets-pilotes DOTS-Plus agréés par le Comité Feu vert. Des antituberculeux de deuxième intention devraient être utilisés par les services spécialisés des pays fortement engagés dans un traitement DOTS et qui ont un problème de tuberculose polychimiorésistante.
- Les comprimés composés à dose fixe empêchent la monothérapie, réduisent les risques d'apparition d'une tuberculose polychimiorésistante, améliorent l'observance par les malades et les médecins, simplifient la gestion et la distribution des médicaments et réduisent le risque de prescription de la rifampicine dans des cas autres que les cas de tuberculose.

Activités proposées

Au niveau national, il est proposé de faire le point de la situation actuelle en matière d'approvisionnement (fournisseurs, fabricants, qualité des médicaments et source de financement) dans chaque pays, et de surveiller les résultats du projet DOTS-Plus et l'utilisation des médicaments de deuxième intention dans les zones sélectionnées et dans d'autres endroits (pays des groupes 1 et 2 seulement).

Le Bureau régional devrait :

- Fournir un appui technique à certains pays, dans les domaines de l'approvisionnement et de la distribution des antituberculeux et de l'amélioration de l'évaluation de la qualité des médicaments.
- Via le GDF, faire office de fournisseur de certains pays qui ont besoin d'urgence d'antituberculeux.
- Encourager les pays qui ont un traitement DOTS bien implantée et sont confrontés à un problème de tuberculose polychimiorésistante à appliquer les projets pilotes DOTS conformément aux principes directeurs de l'OMS (les demandes d'obtention aux médicaments de deuxième intention devraient être soumises au Comité Feu vert).

Suivi et surveillance

Pour mesurer les résultats du Plan européen d'extension de la stratégie DOTS et suivre la pharmacorésistance et la co-infection tuberculose-VIH, il convient de prendre, aux niveaux national et régional, les mesures particulières suivantes :

- Analyser les résultats du traitement pour tous les cas notifiés de tuberculose à frottis d'expectoration positif et les publier régulièrement dans des rapports trimestriels.
- Mettre au point une série d'indicateurs pour suivre l'extension de la stratégie DOTS et l'engagement politique dans ce domaine. Ces indicateurs seront notamment basés sur : la désignation d'une personnalité de premier plan pour diriger le programme de lutte antituberculeuse ; l'ampleur et le positionnement administratif du programme national de lutte antituberculeuse au sein du ministère de la santé ; l'évolution des niveaux de financement du programme ; le montant de la rémunération du personnel du programme par rapport à celui-ci des autres types de personnel ; les changements spécifiques dans la politique, la législation ou la réglementation antituberculeuse ; la mise en œuvre de la politique, législation ou réglementation antituberculeuse ; la quantité et la qualité de la couverture par la presse ; la fréquence et l'ampleur des campagnes de sensibilisation des partenaires et des coalitions ; l'importance des débats au sein des instances législatives et politiques ; et le nombre de déclarations politiques utiles et ayant reçu un large écho, faites par des personnalités connues et des décideurs.
- Effectuer des enquêtes sur la charge de tuberculose et la mortalité due à cette maladie au moyen de recherches opérationnelles dans les trois pays du groupe 1 qui ont la densité de population la plus élevée. Le Bureau régional fournira un appui technique pour la mise en place d'un système fiable d'enregistrement de statistiques d'état civil. Il faudra établir des données sur la situation de départ pour pouvoir évaluer, dix ans après, si l'objectif consistant à réduire de moitié la morbidité et la mortalité tuberculeuses pendant cette période a été atteint.

- Accélérer l'extension de la stratégie DOTS dans la Région et lancer des projets DOTS-Plus dans les pays les plus touchés par la pharmacorésistance permettrait de réduire le niveau actuel – élevé – de la tuberculose polychimiorésistante. Les enquêtes sur la pharmacorésistance devraient devenir plus systématiques de manière à ce que l'on puisse suivre les tendances de plus près.
- Créer des systèmes de surveillance de la résistance aux antituberculeux de deuxième intention dans les pays confrontés à un problème de tuberculose polychimiorésistante, en commençant par la Fédération de Russie, l'Estonie et la Lettonie.
- Faire suivre par des groupes sentinelles la co-infection tuberculose-VIH chez les personnes atteintes de la tuberculose dans des pays à forte prévalence de VIH. Une propagation plus importante du VIH aura pour effet d'augmenter le nombre de cas traités et constituera un obstacle supplémentaire à la mise en œuvre de la stratégie DOTS. Il faudra renforcer la surveillance de la co-infection tuberculose-VIH dans les pays ou zones à forte prévalence de VIH/sida. La fourniture de conseils sur le sida dans les services de soins aux tuberculeux, le traitement de la tuberculose et les soins aux malades du sida seront également organisés en étroite collaboration avec ces pays.
- Mettre à jour les projections de l'épidémiologie de la tuberculose dans la Région.

Lutte durable contre la tuberculose et évolution du secteur de la santé

La réforme du secteur de la santé ouvre des horizons intéressants mais pose aussi de redoutables défis en matière d'efficacité de la lutte antituberculeuse dans la Région.

Elle représente notamment une chance unique d'intégrer les systèmes de traitement de la tuberculose dans les services de soins de santé primaires, avec, par conséquent, la possibilité d'élargir le réseau DOTS et de rapprocher le système de traitement des patients. Il est en outre possible d'améliorer la durabilité des programmes efficaces de lutte antituberculeuse lorsque le financement général du système de santé est renforcé par l'adoption de dispositifs de meilleure qualité (assurance sociale, financement au niveau de tout un secteur et partage des coûts).

Mais la réforme du secteur de la santé remet également en cause l'intégrité du système de gestion inhérent à la stratégie DOTS. Les réductions d'effectifs, l'approvisionnement intégré en médicaments, l'intégration des systèmes de notification, la privatisation et les systèmes de partage des coûts qui accompagnent souvent cette réforme risquent de faire obstacle à certains des éléments constitutifs les plus importants de la stratégie DOTS, tels que la capacité des agents de santé à détecter et à traiter les malades, l'approvisionnement ininterrompu en antituberculeux, la gratuité des médicaments et des services et le suivi spécifique des résultats du traitement.

La participation des programmes nationaux de lutte antituberculeuse à la planification de la réforme du secteur de la santé et au bon déroulement de la période de transition permettrait de veiller à ce que les éléments fondamentaux de la lutte antituberculeuse soient maintenus et renforcés, et non menacés, par ce processus. Les indicateurs d'un programme efficace de lutte antituberculeuse, par exemple un taux de guérison élevé aussi bien pour les nouveaux cas que pour les rechutes, peuvent aussi servir d'indicateurs d'un développement réussi du système de santé.

L'une des activités spécifiques possibles, au niveau d'un pays, est l'établissement d'un plan national de lutte antituberculeuse conforme à la politique générale de santé.

Le Bureau régional fournira un appui technique en matière de lutte antituberculeuse et de réforme du secteur de la santé à certains pays du groupe 1, notamment ceux qui disposent de services séparés de lutte antituberculeuse (Arménie, Fédération de Russie, Kirghizistan, République de Moldova, Roumanie et Ukraine).

Développement du potentiel de gestion de la stratégie DOTS

Il faut renforcer les capacités de gestion efficace de la stratégie DOTS, notamment les capacités de confirmation bactériologique du diagnostic (par microscopie et culture des frottis d'expectoration). Les ressources humaines qualifiées font encore défaut aux niveaux des provinces et des districts, et ce aussi bien dans les zones où la stratégie DOTS n'a pas été mise en œuvre que dans celles où la rotation des effectifs est importante. Des cours de recyclage devraient être organisés périodiquement. Par ailleurs, la réforme du secteur de la santé exige souvent une formation supplémentaire et une formation sur le tas du personnel polyvalent. Il convient en outre de satisfaire les besoins de formation des étudiants qui ont déjà leur diplôme et de ceux qui ne l'ont pas encore, en ajustant les programmes de cours traditionnels dans les établissements qui forment des médecins, des infirmières et du personnel de laboratoire, afin de tenir compte de la stratégie DOTS.

Au niveau des pays, les activités à organiser sont les suivantes :

- Évaluation des besoins de formation et désignation des formateurs ;
- Organisation de séminaires de formation pour les équipes de gestion aux niveaux central et périphérique, les médecins généralistes, les cliniciens, les infirmières, le personnel de soins de santé primaires, les techniciens de laboratoire, les pharmaciens et les bénévoles dans les secteurs public et privé.
- Organisation de séminaires de formation sur des questions spécifiques telles que la gestion pharmaceutique, la qualité des médicaments, l'examen des programmes, l'analyse des données, les droits de l'homme et les groupes vulnérables.
- Mise au point de programmes de cours incluant la stratégie DOTS dans les établissements chargés de former les médecins, les infirmières et le personnel de laboratoire.
- Réunions annuelles de pairs aux niveaux central, régional ou provincial.
- Conférence nationale annuelle.

Au niveau régional, les activités à organiser sont les suivantes :

- Un séminaire de formation international de l'OMS destiné aux gestionnaires nationaux et régionaux du programme de lutte antituberculeuse (en Pologne).
- Un cours de formation international de l'OMS sur l'épidémiologie de la tuberculose (en Pologne).
- Un cours de formation international sur la lutte antituberculeuse (à Tartu, en Estonie), à organiser par l'Association finlandaise pour la santé pulmonaire et l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires UICTMR.

- Un cours de formation international de l’OMS sur la gestion des laboratoires spécialisés en lutte antituberculeuse (en Pologne).
- Un cours international pour les consultants en matière de tuberculose, au Centre collaborateur de l’OMS pour la tuberculose et les maladies pulmonaires, en Italie.
- Des réunions du Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse et des gestionnaires des programmes nationaux de lutte antituberculeuse.
- Une conférence régionale de l’UICTMR.

Services de laboratoire

Il faut mettre sur pied un système d’assurance qualité pour les laboratoires afin d’améliorer la fiabilité, l’efficacité et l’utilisation des services de laboratoire. Ce système devrait comprendre : a) un contrôle de qualité sous la forme d’un processus interne suivi par l’ensemble des employés des laboratoires ; b) une amélioration de la qualité basée sur la résolution des problèmes pendant des visites de supervision dans les laboratoires mêmes ; c) un contrôle de bonne exécution (ou un contrôle de qualité externe) au moyen d’une vérification des résultats (relecture) de l’examen des lames de microscopie des frottis d’expectoration des malades, de la culture et des tests de pharmacosensibilité. C’est le laboratoire de référence qui sera chargé de l’organisation de ces vérifications, mais il pourra aussi envoyer les lames ou les souches aux techniciens d’autres laboratoires afin qu’ils procèdent aux tests nécessaires. En plus de leur propre système national d’assurance qualité, les pays concernés devraient être inclus dans le réseau supranational de laboratoires de référence de l’OMS/UICTMR, pour la surveillance de la résistance aux antituberculeux. Cela permettrait d’évaluer l’exactitude de la méthode utilisée pour les tests de pharmacosensibilité et de comparer, au niveau mondial, les données sur la pharmacorésistance recouvrées dans les différents pays.

Au niveau des pays, les activités à organiser sont les suivantes :

- Revoir le nombre et le rôle des réseaux des services antituberculeux des laboratoires
- Créer et évaluer des systèmes d’assurance qualité dans les pays des groupes 1 et 2.
- Créer et évaluer des systèmes d’assurance qualité de la culture et des tests de pharmacosensibilité dans tous les pays.
- Organiser des réunions annuelles et des cours de formation pour les techniciens de laboratoire aux niveaux central, régional et provincial ;
- Évaluer annuellement d’assurance qualité des laboratoires ;
- Relier les laboratoires de référence nationaux au réseau supranational de laboratoires pour l’assurance qualité des tests de pharmacosensibilité.

Le Bureau régional apportera en outre un appui aux pays confrontés à un problème de polychimiorésistance afin de renforcer leurs capacités en matière de culture et de tests de pharmacosensibilité.

Les droits de l'homme et les droits du patient

La stratégie DOTS respecte et protège les droits de l'homme et la dignité de la personne. À l'inverse, une affectation inappropriée des ressources de santé et une extension limitée de la stratégie DOTS peuvent être sources d'une discrimination rampante.

La stratégie DOTS devrait protéger la suprématie des droits de la personne dans la société. Le respect des droits de chacun, tels que le droit du patient à la confidentialité et à un traitement non discriminatoire, est garanti par la stratégie DOTS tant que les agents de santé restent attachés à un mode de travail souple et axé sur le patient. La thérapie sous surveillance directe ou le traitement hospitalier devraient être considérés comme un soutien et un service qui respectent les droits des malades, et non comme une obligation.

Même s'il est impossible de garantir le respect et le suivi du traitement par les malades « peu fiables » tels que les alcooliques chroniques, les anciens détenus ou les handicapés mentaux, il peut s'avérer contre-productif d'exercer une coercition à leur encontre si l'on ne prend pas au préalable toutes les précautions nécessaires.

L'extension de la stratégie DOTS contribue activement à la promotion des droits de l'homme et de l'égalité de traitement, fournit une protection aux groupes les plus vulnérables de la société et représente la très grande majorité des cas de tuberculose pris en charge dans le secteur public.

Les activités à mener à bien tant au niveau national qu'au niveau régional, pour l'extension de la stratégie DOTS, le respect des droits de l'homme et la promotion des droits des patients, sont les suivantes :

- Des séances de formation nationales sur la conception que les agents de santé chargés de la lutte et des soins antituberculeux ont des droits des patients.
- Des réunions régionales sur les droits de l'homme et les droits des patients et sur les groupes vulnérables.
- L'adoption de mesures visant à encourager les patients guéris de la tuberculose et leurs familles à créer des associations et à participer à la prise des décisions et à leur mise en œuvre à tous les niveaux.

Soutien social et assurance sociale

La plupart des pays de la Région européenne ont beaucoup d'expérience en matière de soutien social aux personnes atteintes de tuberculose, assuré dans le cadre d'un régime de protection sociale. Cette aide contribue à l'élimination de la pauvreté, à l'amélioration de la détection et à l'augmentation des taux de guérison chez les patients « peu fiables » ; elle permet de fournir gratuitement des services aux tuberculeux.

Le soutien social consiste à fournir gratuitement des aliments aux personnes atteintes de tuberculose, à payer leurs salaires pendant leur traitement, à leur fournir gratuitement un traitement et des services, à leur offrir des transports gratuits, etc. Mais il peut aussi, quoique exceptionnellement, dissuader les intéressés de se faire soigner s'il n'est pas géré en tant que partie intégrante des services antituberculeux. La protection sociale et le soutien social constituent les meilleurs moyens d'assurer la durabilité de la lutte antituberculeuse, et ils devraient être gérés conformément à la stratégie DOTS.

Aspects spécifiques de la stratégie DOTS pour chaque groupe

Pays du groupe 1

Les principaux aspects et activités de la stratégie DOTS devront tous être mis en œuvre dans les pays du groupe 1. On trouvera ci-après des informations sur certains aspects plus spécifiques.

La tuberculose polychimiorésistante et l'extension de la stratégie DOTS

La tuberculose polychimiorésistante représente une grave menace pour la poursuite de la mise en œuvre d'un traitement DOTS efficace en Fédération de Russie, en Estonie et en Lettonie. L'ampleur réelle du problème est mal connue dans la plupart des pays, en particulier dans ceux du groupe 1, où la charge de tuberculose polychimiorésistante n'a pas été évaluée. La polychimiorésistance est un important obstacle dans la lutte antituberculeuse car son diagnostic est difficile voire impossible, notamment dans certains pays du groupe 1. N'ayant fait l'objet d'aucun diagnostic de tuberculose, certains malades restent pendant longtemps sources de souches de *Mycobacterium tuberculosis* pharmacorésistantes, et la transmission de la tuberculose polychimiorésistante à la communauté dans laquelle ils vivent est alors inévitable. Par ailleurs, le traitement de la tuberculose polychimiorésistante est nettement plus onéreux, et ses taux de réussite très inférieurs à ceux du traitement d'une tuberculose provoquée par des souches de *M. tuberculosis* sensibles aux médicaments.

L'une des principales causes de la tuberculose polychimiorésistante est la mauvaise prise en charge des patients, notamment en ce qui concerne le choix de la chimiothérapie et le suivi. Un traitement inadéquat conduit à la sélection de mutants résistants, naturellement présents dans une population mycobactérienne. En se répandant dans la communauté, ces mutants provoquent de nouveaux cas de tuberculose avec pharmacorésistance primaire. Étant donné que les causes les plus importantes de pharmacorésistance cliniquement significative sont des insuffisances dans la pratique médicale (prescription inappropriée de médicaments, omission de l'observation de la déglutition, manque de fiabilité de l'approvisionnement pharmaceutique), la priorité la plus élevée, en matière de lutte antituberculeuse, doit être accordée à la prévention de la pharmacorésistance par une détection précoce des nouveaux cas et par leur traitement conformément à la stratégie DOTS.

L'accélération de l'extension de la stratégie DOTS dans la Région permettra de maintenir la tuberculose polychimiorésistante à son niveau actuel, qui est faible, d'empêcher qu'elle ne se répande dans certains pays, d'ouvrir la voie à la stratégie DOTS-Plus là où la prévalence de la polychimiorésistance est élevée, et, du moins faut-il l'espérer, de renverser la tendance à l'augmentation. La stratégie DOTS-Plus ne peut pas être efficace pour lutter contre la tuberculose polychimiorésistante si elle n'est pas déjà mise en œuvre dans la plus grande partie du pays. C'est là une condition préalable pour contrer la tuberculose en général et prévenir la tuberculose polychimiorésistante en particulier. Une détection et un traitement inappropriés des nouveaux cas de tuberculose entraînent l'apparition de nouveaux cas de tuberculose polychimiorésistante, ce qui rend alors plus onéreux encore, pour le pays, la prise en charge de la tuberculose polychimiorésistante et fait obstacle à l'action mondiale de lutte antituberculeuse. La stratégie DOTS et les projets DOTS-Plus devraient donc être considérés comme les deux volets de tout programme efficace de lutte antituberculeuse.

Au niveau du pays, les activités à organiser sont les suivantes :

- Extension de la stratégie DOTS à l'ensemble du territoire de chaque État membre, y compris ceux dans lesquels le degré de pharmacorésistance est élevé : ce sera là la première étape vers l'endigement de la tuberculose polychimiorésistante.
- Surveillance de la pharmacorésistance dans tous les pays. Il faut que cette surveillance devienne plus systématique pour contrôler la menace que représente l'augmentation des niveaux de tuberculose polychimiorésistante.
- Surveillance de la résistance aux antituberculeux de deuxième intention dans certains pays (Fédération de Russie, Estonie et Lettonie) ;
- Mesures visant à s'assurer que les médicaments de deuxième intention utilisés contre la tuberculose polychimiorésistante ne le sont que dans des centres hautement qualifiés.
- Pour le lancement de projets DOTS-Plus dans les pays où la stratégie DOTS a été appliquée et où le taux de tuberculose polychimiorésistante est élevé, les demandes devront être soumises au Comité Feu vert.

Au niveau régional, les activités à organiser sont les suivantes :

- Dans les zones à taux élevé de tuberculose polychimiorésistante et où la stratégie DOTS a été mise en œuvre, fourniture d'un appui technique, par les partenaires extérieurs, à la stratégie DOTS-Plus.
- Coordination des projets DOTS-Plus par le Bureau régional et désignation des principaux partenaires pour chaque projet.

La lutte antituberculeuse et le VIH/sida

L'aggravation de l'épidémie de VIH va provoquer un accroissement de la charge de tuberculose dans un petit nombre de pays de la Région (Biélorus, Estonie, Fédération de Russie, Lettonie, Lituanie et Ukraine), et constituer un nouvel obstacle à la mise en œuvre de la stratégie DOTS.

Les principes de la stratégie DOTS sont les mêmes pour les tuberculeux séropositifs que pour les tuberculeux séronégatifs. Les services de santé vont cependant devoir faire face à un nombre croissant de personnes atteintes de la tuberculose, ce qui nécessitera l'adoption des mesures ci-après :

- Mise au point d'un cadre stratégique, en collaboration avec le Siège de l'OMS, pour la tuberculose associée au VIH dans la Région européenne, susceptible d'être adapté et mis en œuvre dans la plupart des pays touchés.
- Renforcement de la surveillance de la co-infection tuberculose-VIH dans les pays ou zones à forte prévalence.
- Formation des agents de santé chargés de soigner les personnes atteintes de la tuberculose, afin de leur permettre de fournir des conseils sur le VIH/sida et de procéder à des dépistages du VIH/sida dans des services réservés aux malades de la tuberculose.
- Début de l'application du traitement antirétroviral aux tuberculeux séropositifs, dans le cadre de recherches opérationnelles et dans des zones sélectionnées.

- Établissement de critères de diagnostic pour la tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire dans les zones à forte prévalence du VIH/sida.
- Mise au point de dispositifs de coordination avec les services d'appui et de soins aux malades du VIH/sida. Ces derniers ne devraient pas être placés inutilement au contact des tuberculeux afin d'éviter la transmission de la tuberculose. Création de services à domicile pour les malades du VIH/sida.
- Mise au point, grâce à la recherche opérationnelle, d'une thérapie préventive de la tuberculose chez les malades séropositifs (ProTest).

Lutte antituberculeuse dans les établissements de détention

Les services généraux et pénitentiaires de lutte antituberculeuse devraient être intégrés afin que l'on puisse faire en sorte que ce sont les mêmes stratégies qui sont utilisées dans ces deux types de services. La continuité du traitement et l'accès à la culture et aux tests de pharmacosensibilité ne peuvent pas être garantis dans des systèmes isolés, surtout dans les pays à tuberculose polychimiorésistante.

Le surpeuplement des prisons et la malnutrition qui y sévit, de même que l'augmentation de la population carcérale, constituent un autre obstacle à l'extension de la stratégie DOTS et risquent de contribuer à une augmentation de la polychimiorésistance. Dans les établissements pénitentiaires, la stratégie DOTS devrait être appliquée en étroite coordination avec le service de santé du district où se situe l'établissement, de manière à pouvoir mettre au point une stratégie rationnelle aussi bien pour les détenus que pour les autres membres de la société. Il faudrait veiller à éviter que la stratégie DOTS n'en vienne à inciter les détenus à contracter la tuberculose ou à rester infectieux. Il conviendrait également d'éviter les incohérences, par exemple les situations dans lesquelles la stratégie DOTS dans les prisons bénéficie du soutien d'organisations extérieures alors que les services publics de soins de la tuberculose, dans la communauté locale, manquent d'antituberculeux ou de personnel qualifié.

Les détenus, le personnel pénitentiaire, les familles des détenus et la population vivant à proximité des établissements pénitentiaires devraient tous bénéficier de la stratégie DOTS, qui devrait être accessible à ces différentes catégories en même temps et avec les mêmes régimes de traitement. La stratégie DOTS pourrait être adaptée aux conditions prévalant dans les établissements pénitentiaires, et inclure par exemple des examens approfondis des détenus et du personnel pénitentiaire. La stratégie DOTS-Plus pourrait être adoptée dans les prisons après avoir été appliquée à la population qui vit à proximité de ces établissements. Cela permettrait d'assurer la continuité du traitement avec des médicaments de deuxième intention pour les régimes qui durent plus longtemps que la peine du détenu, et de bénéficier des capacités d'un laboratoire ordinaire, qui ne sont pas disponibles dans une prison. Il faudrait avoir recours à des équipes nationales et internationales spécialisées pour évaluer avec soin ce type de situation.

Suivi et surveillance

- Dans leurs activités de suivi de l'extension de la stratégie DOTS, les pays du groupe 1 accorderont une importance plus particulière à cette extension dans les zones à niveaux élevés de polychimiorésistance, dans les établissements pénitentiaires, dans les zones à forte prévalence de VIH et parmi certains groupes.

- Le système de base utilisé pour le suivi et la surveillance dans les pays du groupe 1 comprend l'examen des résultats du traitement antituberculeux, la surveillance du VIH chez les malades de la tuberculose et la surveillance de la pharmacorésistance.
- Une évaluation du système d'enregistrement des statistiques d'état civil aura lieu dans trois pays à forte charge de tuberculose afin de faire le point des progrès accomplis dans la réalisation du premier objectif du plan régional (réduire de moitié, en dix ans, la charge de tuberculose et la mortalité due à cette maladie dans la Région).
- Il sera procédé à des évaluations régulières et des examens nationaux et internationaux des activités de lutte antituberculeuse.
- L'engagement politique sera suivi dans les pays du groupe 1.

Pays du groupe 2

Les cinq grandes composantes de la stratégie DOTS demeurent les mêmes pour ce groupe, mais certains pays concentreront leurs activités sur un petit nombre seulement des éléments de la stratégie de manière à résoudre les problèmes qui leur sont spécifiques.

Suivi et surveillance

- Un système d'évaluation des résultats du traitement devrait être mis en place en Espagne et en Turquie, pays qui représentent plus de la moitié de la charge de tuberculose dans le groupe 2. Des éléments supplémentaires de la stratégie DOTS devraient être appliqués en Turquie.
- Une étude de base de la mortalité due à la tuberculose sera effectuée au moyen du système d'enregistrement des statistiques d'état civil afin de faire le point des progrès accomplis dans la réalisation du premier objectif du plan régional (réduire de moitié, en dix ans, la charge de tuberculose et la mortalité due à cette maladie dans la Région).
- Il faudra identifier les groupes à haut risque et déterminer la structure de la répartition de la tuberculose.
- Des systèmes d'enregistrement et de notification seront mis en place dans le secteur privé, par exemple sur la base de la législation ou par l'intermédiaire du secteur des assurances.

Détection active des cas chez les sujets-contacts et les groupes à risque

Un dépistage régulier des groupes à risque, une recherche des sujets-contacts, la gestion des interventions en cas d'épidémie et la chimiothérapie devraient permettre de réduire l'incidence de la tuberculose dans les pays du groupe 2 qui ont accès à un traitement antituberculeux gratuit.

Il faudrait procéder à une détection active chez les membres de la famille d'un tuberculeux qui vivent en étroit contact avec lui, dispenser ensuite un traitement adéquat, suivre ce traitement pour les cas positifs et faire suivre une chimiothérapie préventive de six mois aux personnes dont on aura déterminé qu'elles sont infectées.

Les personnes vulnérables (telles que les sans domicile fixe, les alcooliques chroniques, les personnes atteintes du VIH/sida, les personnes déplacées, les réfugiés et les personnes qui se trouvent dans des situations de sortie de conflit) et celles qui vivent en établissement (prisons, hôpitaux, casernes, maisons de repos, maisons de retraite, foyers pour sans domicile fixe ou

migrants) présentent une prévalence plus élevée d'infection latente par la tuberculose et de développement de la maladie. Des examens de dépistage actifs et réguliers chez ces groupes, basés sur une évaluation du rapport coût-efficacité, pourraient commencer dans certains pays du groupe 2 (Albanie et Pologne). Il faut que ces activités soient combinées avec un diagnostic approprié, un enregistrement, un traitement efficace et un suivi du traitement.

Liens avec le secteur privé

Pays du groupe 3

Les pays de ce groupe ont la capacité d'affecter aux soins de santé davantage de ressources humaines, techniques et financières que ceux des autres groupes, et ils disposent d'infrastructures de santé de bonne qualité.

Les cinq grandes composantes de la stratégie DOTS restent les mêmes pour les pays de ce groupe. Une approche plus énergique est proposée pour atteindre plus rapidement l'objectif de l'élimination.

Suivi et surveillance

- Des dispositifs d'enregistrement et de notification systématiques adaptés aux contextes nationaux, y compris le suivi des résultats du traitement, seront mis en place.
- Des systèmes d'enregistrement et de notification seront mis en place dans le secteur privé en ayant recours à la législation, aux régimes d'assurance, aux recommandations d'associations professionnelles et à une vérification des notifications par recoupements.
- Une étude de base sur la mortalité due à la tuberculose sera réalisée au moyen du système d'enregistrement des statistiques d'état civil.

Stratégie DOTS adaptée

- Les mesures ci-après permettront d'encourager et favoriser l'engagement du gouvernement et du secteur privé en faveur de la lutte contre la tuberculose et au bout du compte de l'élimination de cette maladie :
 - désignation d'un responsable technique au niveau national, et constitution d'un comité national chargé de l'élaboration de la politique ;
 - élaboration de directives nationales sur la tuberculose reflétant le régime national mis en place pour de l'endiguement et l'élimination de cette maladie (détection, diagnostic, enregistrement, traitement et notification des résultats du traitement) et pour sa prise en charge (assurance qualité, prise en charge des groupes à risque, tests de dépistage, recherche des sujets-contacts, formation à la thérapie préventive et suivi) ;
 - établissement d'un cadre juridique (lois, ordonnances, circulaires, documents officiels) à l'appui de certaines activités spécifiques de contrôle et d'élimination de la tuberculose.
- Dépistage régulier pour les groupes identifiés comme à risque (immigrants en provenance de pays à prévalence élevée, sans domicile fixe, séropositifs).

- Dépistage chez les clients symptomatiques non membres des groupes à haut risque et recherche systématique des sujets-contacts dans les familles.
- Confirmation des cas par culture et tests systématiques de pharmacosensibilité, surtout dans les groupes à risque de pharmacorésistance élevée.
- Gestion des flambées par dépistage et recherche des sujets-contacts.
- Application sélective de la stratégie DOTS aux malades des groupes à risque et en cas de taux de réussite faible.
- Fourniture d'un traitement antirétroviral et d'une thérapie préventive de la tuberculose aux personnes récemment infectées par le VIH.
- Fourniture d'un traitement spécialisé, y compris avec des médicaments de deuxième intention, en cas de tuberculose polychimiorésistante.
- Adoption de mesures visant à s'assurer que les médicaments de deuxième intention pour la tuberculose polychimiorésistante ne sont utilisés que dans des centres hautement qualifiés.
- Exercice de la surveillance sur la base d'un système uniforme et recommandé capable à la fois de notifier les cas de tuberculose et les résultats du traitement. Des examens des frottis d'expectoration ou cultures seront inclus dans ce système pour une évaluation complète des résultats des traitements. L'assurance qualité des données devrait faire partie intégrante de ce processus.

Il conviendrait d'accorder une attention particulière à la surveillance et aux interventions appropriées parmi les groupes à haut risque tels que les séropositifs et les immigrants provenant de pays à prévalence élevée. Des dépistages réguliers dans les groupes à risque, la recherche des sujets-contacts, la gestion des flambées et la chimiothérapie devraient continuer à maintenir à un faible niveau l'incidence de la tuberculose dans ce groupe de pays.

Recherche et développement

La recherche et le développement dans les zones où est dispensé le traitement, le renforcement de la place de la lutte antituberculeuse dans le secteur de la santé, et le suivi et l'évaluation devront être encouragés et favorisés en collaboration avec le Siège et les partenaires de l'OMS. Les progrès ont été très lents en matière d'amélioration des instruments épidémiologiques, de diagnostic, de traitement et de prévention de la tuberculose. La recherche basée sur un modèle épidémiologique applicable et financièrement abordable pour la Région, et plus particulièrement pour les pays du groupe 1, sera encouragée.

Le Plan européen d'extension de la stratégie DOTS offre de nombreuses opportunités d'acquisition de capacités en recherche opérationnelle au niveau national, dans les domaines suivants :

Suivi et évaluation

- Systèmes de notification et de notifications dans le secteur privé.
- Rapport coût/efficacité du dépistage et du traitement préventif pour les personnes appartenant aux groupes à risque.
- Surveillance de la polychimiorésistance et de la co-infection VIH-tuberculose.

- Estimations de la prévalence de la tuberculose et enquêtes sur la mortalité due à la tuberculose au moyen de systèmes d'enregistrement de statistiques d'état civil.
- Directives pour les enquêtes sur la mortalité due à la tuberculose (systèmes d'enregistrement de statistiques d'état civil).
- Analyse des obstacles à l'accès au traitement.
- Analyse des raisons pour lesquelles les taux de non-observance du traitement sont élevés (dans les pays de l'ex-Union soviétique).
- Engagement politique.

Renforcement de la détection et réforme du système de santé

- Modèle stratégie DOTS public-privé dans plusieurs pays des groupes 1, 2 et 3.
- Services décentralisés et intégrés de traitement de la tuberculose.
- Cadre juridique pour la stratégie DOTS dans chaque groupe.
- Cadre pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS.
- Droits des patients et participation de ceux-ci à la prise et à l'application des décisions.

Polychimiorésistance

- La stratégie DOTS-Plus dans les zones de tuberculose polychimiorésistante (stratégie personnalisée contre stratégie standard).
- Surveillance de la pharmacorésistance pour les antituberculeux de deuxième intention.

VIH/sida

- Traitement antirétroviral des tuberculeux et thérapie de prévention de la tuberculose chez les séropositifs (ProTest).

Médicaments et nouveaux instruments de diagnostic

- Tests de nouveaux médicaments et durée du traitement en cas de tuberculose polychimiorésistante.
- Impact des combinaisons à dose fixe sur la tuberculose polychimiorésistante.
- Test de quatre combinaisons à dose fixe dans les conditions du programme.
- Test des nouveaux instruments de diagnostic (détection rapide de la pharmacorésistance) dans les pays touchés par la polychimiorésistance.

Impact socioéconomique

- Évaluation de l'impact de la stratégie DOTS sur l'élimination de la pauvreté et évaluation des effets socioéconomiques de ce traitement (scolarisation, enseignement, emploi).

Le Bureau régional et les autres partenaires pourraient aider les pays à mettre au point leur propre programme de recherche et à trouver des sources de financement pour leurs travaux de recherche. Il conviendrait, en collaboration avec le Siège de l'OMS, d'organiser des séminaires

sur le renforcement des capacités de recherche des personnels des programmes nationaux de lutte antituberculeuse qui ne travaillent pas dans des établissements de recherche.

Planification et coordination

Au niveau national

Plan d'action national

La plupart des pays du groupe 1 établissent un plan d'action pour la lutte contre la tuberculose pour adapter la stratégie DOTS au contexte national. Ce plan doit être établi en collaboration étroite avec l'OMS et les institutions partenaires multilatérales et bilatérales et il doit être approuvé par les autorités nationales. L'idéal serait que le plan national soit fondé sur la structure des activités incluses dans la stratégie régionale. À ce stade, l'engagement de toutes les institutions et organisations encouragera leur participation active. Le plan devrait être ciblé sur les objectifs nationaux et régionaux 2006 et inclure une section relative à toutes les ressources matérielles disponibles, aux ressources humaines, aux fonds et autres éléments indispensables pour atteindre ces objectifs. Il devrait identifier et privilégier les ressources et contributions supplémentaires nécessaires à l'OMS et aux autres partenaires.

Comités nationaux interinstitutions

Dans chaque pays du groupe 1, un comité interinstitutions de lutte antituberculeuse devra être créé au niveau national ; il regroupera des personnalités influentes et concernées, les institutions techniques qui apportent leur appui au programme national de lutte antituberculeuse, les organismes d'aide, les organisations non gouvernementales nationales et internationales, les associations et les représentants de la société civile, qui constitueront alors une coalition contre la tuberculose. Il faudrait organiser chaque année des manifestations et des activités qui contribueraient au plan national d'extension de la stratégie DOTS et permettraient d'atteindre plus facilement ses objectifs.

Collaboration avec l'OMS

L'OMS maintiendra sa collaboration technique en détachant des conseillers de pays en Fédération de Russie et en Ukraine, et des conseillers internationaux dans les Républiques d'Asie centrale et les Balkans (annexe 6).

In 1990, l'Association royale néerlandaise contre la tuberculose a organisé le premier atelier Wolfheze pour les dirigeants des programmes nationaux de lutte antituberculeuse des pays à faible prévalence d'Europe occidentale. Il a été observé que les pays à faible prévalence se rapprochent progressivement de l'élimination de la tuberculose en tant que problème de santé publique, mais qu'ils sont encore confrontés à des problèmes communs de « micro-épidémies », de réapparition de la maladie parmi les populations socioéconomiquement défavorisées et les groupes à risque, et d'importation de cas de tuberculose polychimiorésistante. L'atelier a été organisé afin de discuter des solutions communes à ces problèmes.

L'évolution de la situation politique en Europe après 1989 a permis l'inclusion dans l'atelier de directeurs de programme d'Europe centrale et orientale. Le contenu principal de l'atelier a donc été réorienté : de la lutte antituberculeuse dans les pays à faible prévalence, l'on est passé à la lutte antituberculeuse dans l'Europe tout entière. L'objectif de cet atelier est de permettre aux

directeurs de programme de mettre au point des stratégies d'intervention adéquates, bien adaptées aux besoins épidémiologiques des pays, d'en stimuler la mise en application, d'évaluer celles qui sont déjà mises en place, de suivre les modifications épidémiologiques et de signaler tout fait nouveau.

L'atelier annuel Wolfheze (4–5 jours) est une initiative de l'Organisation mondiale de la santé (Siège et Bureau régional pour l'Europe), de la branche européenne de l'UICMR (Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires), de la KNCV (Association royale néerlandaise contre la tuberculose), et du Centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance de la tuberculose en Europe (EuroTB).

Estimation des besoins financiers

Les coûts estimés et les insuffisances de financement pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS sont présentés dans les annexes 7 et 8.

Au niveau régional

Centres collaborateurs de l'OMS

Il existe cinq centres collaborateurs de lutte antituberculeuse dans la Région européenne de l'OMS :

- EuroTB, à l'Institut de Veille sanitaire, Paris (France), pour la surveillance de la tuberculose en Europe.
- Le centre collaborateur de l'OMS de lutte antituberculeuse à l'Institut national de recherche sur la tuberculose et les maladies pulmonaires, Varsovie (Pologne) pour les séminaires internationaux de formation à la lutte antituberculeuse.
- Le centre collaborateur de l'OMS de lutte antituberculeuse à l'Institut central de recherche sur la tuberculose, Académie russe des sciences médicales, Moscou (Fédération de Russie), pour le perfectionnement des ressources humaines et l'assistance technique à l'extension de la stratégie DOTS en Fédération de Russie.
- Le centre collaborateur de l'OMS de lutte antituberculeuse de l'Association finlandaise de santé pulmonaire, Helsinki (Finlande), pour le perfectionnement des ressources humaines et la mise en application de la stratégie DOTS dans les pays baltes et la Fédération de Russie.
- Le centre collaborateur de l'OMS de lutte contre la tuberculose et les maladies pulmonaires à la Fondation Salvatore Maugeri, Tradate (Italie), pour la formation des consultants et assistants techniques en lutte antituberculeuse des pays des groupes 1 et 2 et pour l'extension de la stratégie DOTS en Italie.

Principaux donateurs et partenaires

Les principaux donateurs et partenaires dans la lutte antituberculeuse dans la Région européenne, et leurs zones d'activité, sont les suivants :

Agence américaine pour le développement international	Pays baltes, Asie centrale, République de Moldova, Roumanie, Fédération de Russie, Ukraine
Association danoise de santé pulmonaire	Pays baltes

Association norvégienne contre les maladies cardiaques et pulmonaires	Fédération de Russie
Association royale néerlandaise contre la tuberculose	Assistance technique et formation
Caritas	République de Moldova
Centers for Disease Control and Prevention	Asie centrale, Estonie, Lettonie, Fédération de Russie
Comité international de la Croix-Rouge	Caucase
Comité pour l'Europe orientale de la Communauté suédoise des soins de santé	Fédération de Russie
Communauté européenne	Fédération de Russie
Conseil de l'Europe	Fédération de Russie
Département pour le développement international, Royaume-Uni	Fédération de Russie
Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	Géorgie, Fédération de Russie
Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	Bélarus, République de Moldova, Fédération de Russie, Tadjikistan, Ukraine
FILHA	Estonie, Fédération de Russie, activités de formation
Fondation Aga Khan	Tadjikistan
Gates Foundation	Fédération de Russie
Gorgas/Université de l'Alabama	Fédération de Russie
Gouvernement autrichien	Fédération de Russie
Gouvernement danois	Pays baltes, nord-ouest de la Fédération de Russie
Gouvernement finlandais	Pays baltes, nord-ouest de la Fédération de Russie
Gouvernement français	République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan
Gouvernement irlandais	Asie centrale
Gouvernement néerlandais	République de Moldova
Gouvernement norvégien	Pays baltes, Nord-Ouest de la Fédération de Russie
Gouvernement suédois et Agence suédoise pour la coopération et le développement internationaux	Pays baltes, Bélarus, Kosovo, République de Moldova, nord-ouest de la Fédération de Russie
Groupe spécial sur la lutte contre les maladies transmissibles/Région de la mer Baltique	Pays baltes, nord-ouest de la Fédération de Russie
Institut de recherche sur la santé publique, Moscou	Fédération de Russie
Institut de veille sanitaire	Surveillance
Johanniter International	Fédération de Russie
Kreditanstalt für Wiederaufbau	Kirghizistan
Management Sciences for Health	Asie centrale, République de Moldova, Roumanie, Fédération de Russie
Médecins du Monde	Kosovo
Médecins sans Frontières	Caucase, Asie centrale, Fédération de Russie
Medical Emergency Relief International	Fédération de Russie

Office pour les affaires humanitaires (ECHO)	Albanie, ex-République yougoslave de Macédoine
Open Society Institute	Géorgie, Roumanie, Fédération de Russie, perfectionnement des ressources humaines
Partners in Health	Fédération de Russie
Projet HOPE	Asie centrale
Schweizerische–Bulgarische Gesellschaft	Bulgarie
UICTMR	Assistance technique et formation
Union européenne	Ukraine, surveillance

Appui technique de l’OMS

L’OMS assure l’ensemble de la direction technique et stratégique du plan européen d’extension de la stratégie DOTS. Le Bureau régional pour l’Europe coordonnera toutes les activités relatives à ce plan dans la Région. L’OMS fournira aux pays, si nécessaire, des services de coopération technique dans toutes les Régions où il convient de lutter contre la tuberculose. On trouvera en annexe 6 la répartition du personnel de l’OMS au Bureau régional et dans les différents pays de la Région européenne.

Le Groupe spécial pour le plan d’extension de la stratégie DOTS

Un Groupe spécial sera constitué au sein du Bureau régional pour coordonner les activités et faire appel, le cas échéant, et dans le cadre de l’OMS, à d’autres experts. Le Groupe sera chargé de l’adoption d’une approche plus généraliste de la lutte antituberculeuse et du maintien d’une étroite coordination avec l’OMS dans des domaines tels que le développement du secteur de la santé, les groupes vulnérables, les analyses économiques, la surveillance du VIH/sida, la qualité et la gestion des médicaments, la mobilisation sociale. Il sera également responsable de la coordination avec les autres régions de l’OMS.

Partenariat

Le Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse

Un Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse a été créé pour assurer la coordination de la contribution des institutions internationales aux niveaux régional et national. Il se réunira aussi souvent que nécessaire afin de suivre les progrès accomplis et de déterminer les besoins en matière de contribution des partenaires. À sa première réunion, le Comité a étudié le plan européen d’extension de la stratégie DOTS et identifié la nature de l’aide que chaque institution pourrait fournir pour le contrôle de la tuberculose. Le Groupe spécial du Bureau régional assurera le secrétariat du Comité. Les attributions, la composition et le fonctionnement du Comité sont indiqués en annexe 9.

Les comités nationaux interinstitutions

Dans les pays où il n’y en a pas encore, il faudra créer, au niveau national, un comité inter-institutions de lutte antituberculeuse qui sera chargé de suivre la progression de la mise en œuvre du plan national d’extension de la stratégie DOTS, d’en assurer la coordination optimale, d’établir le budget, de calculer les dépenses et de déterminer quels sont les fonds nécessaires. Ce comité sera composé de représentants de toutes les institutions qui travaillent dans le domaine de la lutte antituberculeuse, ou sont concernées par cette activité, ainsi que de certains ministères et ONG engagés dans la lutte antituberculeuse.

Ressources nécessaires

Des estimations précises des investissements financiers indispensables pour atteindre, pays par pays, les objectifs mondiaux, sont essentielles à la fois pour les allocations de crédits au niveau national et pour permettre aux donateurs de recueillir des fonds. Comme indiqué plus haut, le contrôle financier, au niveau national, devra être régulièrement mis à jour pour estimer les dépenses, les besoins, les fonds nécessaires et les insuffisances de financement.

Les budgets seront essentiellement axés sur les dépenses du programme de lutte anti-tuberculeuse, qu'il s'agisse de dépenses directes ou des dépenses nécessaires à l'utilisation des infrastructures et du personnel des services de santé en général. La proportion des dépenses non spécifiques à la tuberculose ou l'utilisation des services de santé généraux (distribution intégrée des médicaments, transport, radiographie, microscopie, installations et équipements médicaux, etc.) sera évaluée par des méthodes standard. Les plans nationaux reprenant les divers postes budgétaires devront tenir compte des éléments suivants :

- médicaments antituberculeux de première et deuxième intentions ;
- autres types d'approvisionnements (laboratoire, imprimerie, fournitures de bureau) ;
- équipements (de laboratoire, de diagnostic, de transport) ;
- coûts opérationnels relatifs aux personnels (formation, supervision, gestion et surveillance, campagnes de dépistage, transport, entretien) ;
- activités de sensibilisation, mobilisation sociale et réunions ;
- traitements des agents chargés de l'appui au niveau national et de l'appui technique (personnel extérieur) ;
- équipements pour le diagnostic et le traitement ;
- infrastructures non spécifiques à la lutte antituberculeuse (construction et rénovation de bâtiments, distribution des médicaments, transport, etc.).

Ces dix dernières années, les financements nationaux et internationaux permettant de développer et d'étendre la stratégie DOTS ont été réduits, ce qui a entravé le développement de la stratégie DOTS, en particulier dans les pays du groupe 1 (tableau 3).

Tableau 3 : Estimation du budget et de l'insuffisance de financement pour la lutte antituberculeuse dans les pays du groupe 1, 2002–2006 (en million de dollars)

		2002	2003	2004	2005	2006	2002–2006
Antituberculeux	Budget	14–27	15–30	17–33	18–36	20–40	83–167
	Insuffisance						
Autres	Budget	41–68	45–75	50–83	55–91	60–100	250–417
	Insuffisance						
Total	Budget	55–95	60–105	67–116	73–127	80–140	333–577
	Insuffisance						

Le total des financements requis pour une mise en oeuvre à 100% de la stratégie DOTS dans les pays du groupe 1 dans la Région se situe entre 55 et 140 millions de dollars par an, y compris le coût des médicaments de deuxième intention. C'est encore l'évaluation de la situation actuelle de chaque pays du groupe 1 qui sert à déterminer chaque année les sommes disponibles et les insuffisances de financement prévues. Des méthodes classiques seront utilisées pour la ventilation des coûts des antituberculeux, y compris les médicaments de deuxième intention, et des coûts opérationnels de mise en oeuvre de la stratégie DOTS.

Ces évaluations pourront varier en fonction de l'évolution des prix des médicaments et autres formes de traitement et devront être redéfinies lors de l'établissement ou de la révision des plans et budgets nationaux. L'OMS et le Comité interinstitutions de coordination de la lutte anti-tuberculeuse assureront la coordination avec les autres institutions partenaires afin d'obtenir les financements adéquats. Des provisions pour imprévus seront par ailleurs nécessaires pour faire face aux situations d'urgence.

Annexe 1

Glossaire

Cas de tuberculose

Patient qui a fait l'objet d'un diagnostic de tuberculose confirmé bactériologiquement ou d'un diagnostic effectué par un clinicien.

Cas de tuberculose confirmé

Malade qui présente une culture positive de bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. Dans les pays où la mise en culture n'est pas toujours possible, un malade avec deux frottis d'expectoration positifs à bacilles acido-résistants est également considéré comme un cas de tuberculose confirmé.

Charge de tuberculose

Les estimations de la charge de tuberculose combinent la charge imputable à la mortalité prématurée et celle imputable à la maladie. La charge de tuberculose est habituellement mesurée en prenant en compte les cas incidents et les décès en résultant dans une population, pendant une période d'un an. Il s'agit de la somme des années de vie perdues (AVP) en raison de décès prématurés et des années de vie avec une invalidité (AVI), ce qui correspond aux années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY). Dans le présent document, la charge de tuberculose est calculée en fonction du nombre estimé des cas de tuberculose sous toutes ses formes en 2001.

Cibles mondiales de la lutte antituberculeuse

Traiter avec succès 85% des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif⁵ détectés et détecter 70% des cas estimés de tuberculose à frottis positif⁶.

Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse

Comité créé au niveau régional pour évaluer les ressources financières nécessaires, les contraintes techniques et le degré de réalisation des objectifs du plan européen d'extension de la stratégie DOTS, coordonner les contributions des institutions partenaires et élaborer des stratégies permettant de combler les insuffisances de financement de toute la Région. Ce comité contrôle également les progrès de l'extension géographique de la stratégie DOTS et l'avancée vers les cibles mondiales de la stratégie DOTS (taux de détection : 70%, taux de guérison : 85%) ; il facilite la remontée des informations au niveau des décideurs nationaux.

Comité interinstitutions de lutte antituberculeuse

Comité créé au niveau national pour évaluer les ressources financières nécessaires, coordonner les contributions des institutions partenaires, et concevoir des stratégies pour remédier aux insuffisances de financement. Ce comité suit également les progrès de l'extension géographique de la stratégie DOTS et l'avancée vers les cibles mondiales de la stratégie DOTS (taux de détection : 70%, taux de guérison : 85%), il facilite la remontée des informations au niveau des décideurs nationaux.

Couverture par la stratégie DOTS

Pourcentage de la population d'un pays vivant dans un secteur géographique où la stratégie DOTS est mise en oeuvre.

⁵ Le nombre de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif guéris ou avec un traitement complet de 12 mois ou plus, après inclusion dans la stratégie DOTS, divisé par le nombre de cas de tuberculose à frottis positif ayant bénéficié de la stratégie DOTS pendant 12 mois ou plus au début de la même période.

⁶ Le nombre de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif diagnostiqué durant une période dans une zone géographique déterminée divisé par le nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif durant la même période dans la même zone.

Groupes à haut risque de tuberculose

Groupes de population présentant un risque accru d'exposition à l'infection par la tuberculose. Arbitrairement, certains pays considèrent comme tels les groupes où les taux sont supérieurs à 100 cas pour 100 000 personnes, tandis que d'autres privilégient le risque relatif.

Pays à faible incidence tuberculeuse

Pays avec un nombre approximatif de cas notifiés inférieur à 20 (tous les cas) pour 100 000 habitants et en baisse.

Stratégie DOTS

L'OMS et l'UICTMR ont recommandé une stratégie pour la lutte antituberculeuse. Elle consiste en :

- un engagement des autorités politiques à entreprendre des activités durables et complètes de lutte antituberculeuse ;
- une détection des cas par microscopie des frottis d'expectoration de malades symptomatiques qui se présentent spontanément aux services de santé ;
- une chimiothérapie standardisée de courte durée (6 à 8 mois), au moins pour tous les cas confirmés à frottis positif, un bon schéma thérapeutique incluant un traitement sous contrôle direct durant la phase intensive pour tous les nouveaux cas avec frottis positif, la phase continue avec le traitement à la rifampicine et le retraitement complet ;
- un approvisionnement régulier et ininterrompu pour tous les médicaments antituberculeux essentiels ;
- un système d'enregistrement et de notification standardisé permettant une évaluation des cas et des résultats du traitement pour chaque malade et des performances de l'ensemble du programme de lutte antituberculeuse.

Taux de détection DOTS

Nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif notifiés dans une zone DOTS, divisé par le nombre total de cas estimé pour la même zone. Par exemple, pour parvenir à un taux de détection DOTS de 70%, il faut détecter 70% des cas estimés à frottis positif et inclure dans la stratégie DOTS tous les autres cas détectés à frottis positif.

Tuberculose extrapulmonaire

Tuberculose touchant d'autres organes que le poumon, tels que la plèvre, les ganglions lymphatiques, l'abdomen, l'appareil génito-urinaire, la peau, les articulations, les os, les méninges, etc.

Tuberculose pulmonaire à frottis d'expectoration négatif

Cas de tuberculose pulmonaire qui ne correspond pas à la définition de la tuberculose à frottis positif telle qu'indiquée ci-après.

Tuberculose pulmonaire à frottis d'expectoration positif

Tuberculose pulmonaire dépistée initialement avec deux (ou plus) examens des frottis d'expectoration positifs pour le bacille acido-résistant ; **ou** un examen de frottis positif pour le bacille acido-résistant et des anomalies radiographiques correspondant à un diagnostic de tuberculose pulmonaire évolutive établi par un clinicien ; ou un examen de frottis positif pour le bacille acido-résistant et une mise en culture positive pour *Mycobacterium tuberculosis*.

Zone DOTS

Zone dans laquelle les résultats du traitement sont suivis pour tous les cas notifiés (par opposition aux zones hors DOTS, dans lesquelles les résultats du traitement sont suivis uniquement pour certains cas notifiés, voire aucun).

Annexe 2

Résolution WHA53.1 de la Cinquante-troisième Assemblée mondiale de la santé – Initiative Halte à la tuberculose

La Cinquante-troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant avec inquiétude que la morbidité liée à la tuberculose dans le monde fait sérieusement obstacle au développement socioéconomique et est une cause importante de décès prématurés et de souffrances humaines ;

Consciente du fait que la plupart des pays les plus touchés par la maladie n'atteindront pas les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse fixées pour l'an 2000 dans les résolutions WHA44.8 et WHA46.36 ;

Accueillant favorablement la mise en place, en application de la résolution WHA51.13, d'une initiative spéciale Halte à la tuberculose pour accélérer l'action contre la maladie et coordonner les activités à travers l'OMS,

1. ENCOURAGE les États membres :

1) à approuver la Déclaration d'Amsterdam visant à faire barrage à la tuberculose, adoptée à la suite de la Conférence ministérielle sur la tuberculose et le développement durable (Amsterdam, mars 2000), et à noter et à appliquer, selon qu'il conviendra, les recommandations de cette Conférence, en vue de favoriser la mobilisation à un haut niveau d'un soutien politique large et durable pour s'attaquer à la tuberculose dans le contexte plus vaste de l'action de santé et de développement économique et social ;

2) à accélérer la lutte contre la tuberculose en appliquant et en développant la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) et à s'engager politiquement et financièrement à atteindre ou à dépasser, dès que possible, les cibles mondiales fixées dans les résolutions WHA44.8 et WHA46.36 ;

3) à veiller à ce que des ressources suffisantes soient disponibles, en particulier dans les pays en développement, pour leur permettre de faire barrage à la tuberculose, et à ce qu'ils aient la capacité de les utiliser ;

4) à accorder un rang de priorité élevé à l'intensification de la lutte contre la tuberculose dans le cadre des soins de santé primaires ;

2. RECOMMANDE aux États membres :

1) de participer, avec l'OMS, au partenariat mondial pour faire barrage à la tuberculose et d'instaurer et de maintenir au niveau des pays des partenariats pour :

- a) l'étude de la résistance aux antituberculeux et des moyens pour la combattre ;
- b) le renforcement des laboratoires de diagnostic ;
- c) l'accès aux médicaments antituberculeux pour les populations les plus démunies ;
- d) l'éducation du malade et son suivi afin d'obtenir une meilleure observance du schéma thérapeutique ;
- e) la formation du personnel de santé à la stratégie DOTS ;

- f) l'intégration de la lutte contre la tuberculose dans les établissements et les activités de soins de santé primaires aux niveaux central et périphérique ;
 - 2) d'inclure les taux de dépistage et de succès thérapeutique, mesure des résultats de base pour la tuberculose, parmi les indicateurs de résultats pour le développement général du secteur de la santé ;
 - 3) de continuer à évaluer l'impact de l'épidémie de sida sur l'épidémie de tuberculose et à élaborer des stratégies pour mieux s'attaquer à la tuberculose dans les populations atteintes du sida ou infectées par le VIH, d'optimiser la coordination entre les programmes de prévention et de traitement mis en place contre ces deux épidémies afin de favoriser une approche intégrée à tous les niveaux du système de santé et, dans toute la mesure du possible, de surveiller la tuberculose pharmacorésistante et d'étudier les moyens de la contenir ;
3. ENGAGE la communauté internationale, les organisations et les organes du système des Nations Unies, les donateurs, les organisations non gouvernementales et les fondations ;
- 1) à apporter leur soutien et à participer au partenariat mondial pour faire barrage à la tuberculose, par lequel toutes les parties coordonnent les activités et sont unies par des buts communs, des stratégies et des principes d'action convenus ;
 - 2) à accroître l'engagement organisationnel et financier à combattre la tuberculose dans le contexte du développement du secteur de la santé en général ;
4. PRIE le directeur général d'apporter un soutien aux États membres, en particulier à ceux qui sont les plus touchés par la tuberculose ;
- 1) en appliquant, selon qu'il conviendra, les recommandations de la Conférence ministérielle d'Amsterdam ;
 - 2) en recherchant des partenariats et des options pour améliorer l'accès à des médicaments curatifs sûrs et de qualité ;
 - 3) en encourageant les investissements internationaux dans la recherche, le développement et la distribution de nouveaux moyens diagnostiques pour accélérer le dépistage et renforcer la surveillance épidémiologique – y compris par des enquêtes de prévalence dans la communauté ou dans les sous-populations à haut risque, ainsi que parmi les personnes démunies et celles qui sont vulnérables à l'infection – de nouvelles formulations de médicaments pour réduire la durée du traitement, et de nouveaux vaccins et autres mesures de santé publique pour prévenir la maladie, réduire les souffrances et sauver des millions de personnes d'un décès prématuré ;
 - 4) en maintenant un partenariat actif et vivant avec les organisations extérieures pendant toute l'élaboration et la mise en œuvre de l'initiative Halte à la tuberculose et des activités qui s'y rapportent ;
 - 5) en renforçant les programmes régionaux de coordination de la lutte contre la tuberculose au niveau national.



Annexe 3

Engagement de Washington Halte à la tuberculose

22–23 octobre 2001, Washington, États-Unis

Le premier Forum du Partenariat Halte à la tuberculose,

qui réunit à Washington, au Siège de la Banque mondiale, des représentants ministériels des pays à forte charge de tuberculose, constituant 80% de la charge mondiale, les chefs de secrétariats d'organismes spécialisés et les représentants des partenaires de l'initiative Halte à la tuberculose, reconnaissant que la tuberculose contribue de façon décisive à la perpétuation de la pauvreté et qu'elle entrave en cela le développement économique, s'engage par la déclaration ci-après à continuer d'assurer la mise en œuvre de la Déclaration d'Amsterdam en faveur de l'initiative Halte à la tuberculose⁷, en appliquant des mesures urgentes et accélérées contre la tuberculose pendant les 50 mois prochains ; en intensifiant les efforts déployés pour atteindre les cibles mondiales de lutte antituberculeuse d'ici à 2005 ; en détectant 70% des cas de tuberculose infectieuse ; en traitant efficacement 85% des cas détectés ; et en obtenant des ressources supplémentaires par une coordination croissante des efforts.

Les participants au Forum des partenaires déclarent ce qui suit :

I. Nous sommes encouragés par les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'Amsterdam :

- La tuberculose est maintenant de plus en plus reconnue au plan international non seulement comme un problème de santé, mais également comme un problème social et politique.
- Le nombre des pays qui adoptent la stratégie DOTS a sensiblement augmenté.
- Plusieurs pays très touchés par la tuberculose ont rapidement étendu la couverture par la stratégie DOTS.
- Un nombre croissant de pays très touchés par la tuberculose ont mis en place des mécanismes de coordination nationaux tels que des partenariats pour optimiser le soutien aux programmes de lutte ; certains ont également établi des partenariats avec le secteur privé.
- Le partenariat mondial Halte à la tuberculose ne cesse de s'étendre et d'élaborer des mécanismes opérationnels destinés à accélérer l'action.
- Un plan mondial Halte à la tuberculose, qui décrit de façon complète les mesures, les ressources et les partenariats destinés à accélérer les progrès vers l'élimination de la tuberculose, a été élaboré.

⁷ Lors de la Conférence ministérielle *Tuberculose et développement durable*, qui s'est tenue à Amsterdam, en mars 2000.

- Les ressources nationales et internationales investies dans la lutte contre la tuberculose et la recherche sur cette maladie ont été sensiblement accrues.
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est en cours de création dans le but de recueillir des ressources supplémentaires pour les pays qui en ont besoin.
- Un plan mondial d'extension de la stratégie DOTS, qui définit les mesures et les ressources requises pour atteindre les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse dans les 22 pays très touchés par la tuberculose, a été mis au point par les pays et les partenaires.
- Le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en antituberculeux qui a été mis en place fournit déjà des antituberculeux à des pays d'Afrique, d'Asie et d'Europe orientale, à des prix considérablement réduits.
- L'Alliance mondiale pour la mise au point d'antituberculeux qui a été créée finance la recherche relative à de nouveaux médicaments.
- Le Groupe de travail mondial sur la tuberculose et l'infection à VIH encourage la mise en œuvre de tout l'éventail des interventions qui permettent de réduire le nombre de cas de tuberculose liée au VIH.
- La mise au point de vaccins antituberculeux a bénéficié d'un regain d'attention et d'un appui renforcé qui ont pris la forme d'activités de coordination et de fourniture de ressources.
- L'Initiative de diagnostics pour la tuberculose a été étendue à de nouveaux partenaires.

II. Malgré ces progrès satisfaisants, les efforts ne doivent pas être relâchés. Nous observons avec une grande inquiétude ce qui suit :

Le niveau de sensibilisation de l'opinion, ainsi que le degré d'engagement politique et financier, restent insuffisants. Il s'ensuit que l'épidémie mondiale de tuberculose continue de s'aggraver, entravant le développement au niveau des familles, des communautés et, de ce fait, des économies nationales. Elle frappe les populations les plus pauvres du monde, et ostracise les personnes et les groupes marginalisés et vulnérables (y compris les détenus, les réfugiés, les immigrés et les sans-abri), les enfermant dans un cercle vicieux de maladie et de pauvreté.

- Seul un tuberculeux sur quatre bénéficie de la stratégie DOTS. Le rythme actuel d'extension de la stratégie DOTS est encore beaucoup trop lent pour permettre d'atteindre les cibles mondiales d'ici à 2005. Si ces cibles ne sont pas atteintes, cela représentera pour des millions de personnes la maladie et la mort.
- L'épidémie de tuberculose continue de progresser et les décès par tuberculose sont plus nombreux que jamais : près de deux millions par an.
- En Afrique, l'épidémie de tuberculose progresse de dix pour cent par an, en grande partie sous l'effet de l'infection à VIH et du sida. Treize millions de personnes dans le monde sont infectées à la fois par le VIH et par le bacille de la tuberculose, en majorité en Afrique et en Asie.
- On a observé une augmentation comparable des taux de tuberculose dans l'ex-Union soviétique, conséquence des graves difficultés sociales et économiques de ces dix dernières années.
- Deux tuberculeux sur trois sont de jeunes adultes à l'âge le plus productif, dont beaucoup sont aussi malades du sida ; ils sont fauchés à la fleur de l'âge.
- Des centaines de milliers de personnes, dont beaucoup sont socialement défavorisées et privées de l'accès à un traitement efficace, souffrent de tuberculose pharmacorésistante.
- L'ampleur des souffrances et de la mortalité due à la pandémie mondiale de tuberculose est à la fois alarmante et inacceptable. Beaucoup plus qu'un simple problème de santé, c'est une tragédie humaine qui exige des mesures urgentes à l'échelle mondiale pour combattre tant l'épidémie de

tuberculose que celle de l'infection à VIH et du sida et leurs incidences sur le développement mondial.

- De nombreux pays éprouvent des difficultés considérables à lutter contre la tuberculose, manquant sérieusement de ressources humaines et financières, et ne disposant pas d'une infrastructure de soins de santé adéquate.
- III. En tant que partenaires, au nombre desquels figurent les représentants des gouvernements de 18 des pays les plus touchés par la tuberculose, nous reconnaissons que des mesures urgentes et spécifiques devront être prises au cours des 50 mois prochains pour accélérer les progrès de la lutte antituberculeuse et atteindre les cibles mondiales, à savoir détecter 70% des cas infectieux et guérir 85% des cas détectés. Nous nous engageons :**
- **À faire en sorte que toutes les personnes atteintes de tuberculose aient accès à des soins efficaces par les moyens suivants :**
 1. En élaborant et en appliquant des stratégies visant à mettre en œuvre des ressources humaines et financières suffisantes et durables pour réussir à faire barrage à la tuberculose.
 2. En étendant les programmes de prévention et de traitement de la tuberculose fondés sur la stratégie DOTS à tous les services de santé publique, conformément aux normes et pratiques acceptées au plan international.
 3. En renforçant durablement la capacité des systèmes à planifier, mettre en œuvre, gérer et évaluer les programmes de lutte antituberculeuse.
 4. En surveillant et en évaluant les programmes nationaux de lutte antituberculeuse pour faire échec à la maladie et prévenir l'émergence de souches pharmacorésistantes et assurer la prise en charge efficace des malades atteints de tuberculose pharmacorésistante.
 5. En veillant à ce que le secteur public et le secteur privé travaillent en collaboration étroite avec d'autres prestataires de services de santé du secteur privé, des organisations non gouvernementales (ONG) et les systèmes de sécurité sociale.
 6. En sensibilisant l'opinion et en mobilisant la société pour assurer la prévention et le traitement de la tuberculose.
 7. En encourageant l'établissement de partenariats nationaux et locaux avec toutes les parties intéressées de la société, y compris les organismes publics, les partenaires du secteur privé de la santé, l'industrie, les ONG, les systèmes de sécurité sociale et l'ensemble de la population.
 - **À nous pencher sur le problème urgent de l'épidémie concomitante de tuberculose et de VIH/sida par les moyens suivants :**
 1. En étendant massivement la couverture par la stratégie DOTS pour faire en sorte que les personnes atteintes de tuberculose, qu'elles soient séropositives VIH ou non, aient accès à des soins et à un soutien efficaces.
 2. En assurant une collaboration efficace entre les programmes de prévention et de traitement de la tuberculose et du VIH/sida, en encourageant l'utilisation accrue de toutes les interventions appropriées, y compris en offrant des tests et des conseils à ceux qui le demandent, et les initiatives d'éducation, de soins et de soutien menée à l'échelon local.
 3. En s'inspirant des enseignements tirés des succès remportés par les programmes DOTS pour traiter, soigner et soutenir convenablement les personnes infectées par le VIH ou malades du sida.

- **À coordonner les mesures efficaces par les moyens suivants :**

1. En établissant des liens de collaboration à l'intérieur du secteur de la santé. Les soins aux adultes et aux enfants atteints de tuberculose font partie intégrante des soins de santé primaires et contribuent dans une mesure importante au développement général des systèmes de santé nationaux.
2. En établissant des liens de collaboration entre les différents secteurs. La lutte contre la tuberculose exige une collaboration entre divers organismes publics et une action s'étendant à l'ensemble de la société. C'est un problème socioéconomique complexe qui entrave le développement humain et ne peut être résolu par le seul secteur de la santé.
3. En établissant des liens de collaboration transfrontaliers. Reconnaissant que la tuberculose ne respecte aucune frontière et que d'autres pays non représentés à ce Forum connaissent un grand nombre, voire la totalité de ces mêmes problèmes, nous invitons instamment nos collègues du monde entier à se joindre à nous et à participer activement au renforcement du nouvel élan contre la tuberculose pour améliorer la santé de tous. La lutte antituberculeuse est un bien public mondial et exige une action mondiale. L'épidémie continuera de s'aggraver si nous ne partageons pas les ressources, les meilleures pratiques et les outils à l'intérieur des pays et entre les pays.

IV. En tant que partenaires, au nombre desquels figurent les pays très touchés par la tuberculose, résolus à atteindre les cibles mondiales de l'initiative Halte à la tuberculose dans les 50 mois à venir, nous confirmons que nous soutenons ces efforts.

Tout en reconnaissant qu'il incombe avant tout aux pays touchés de prendre et de pérenniser les mesures contre la tuberculose, nous attirons l'attention sur le fait que ce sont souvent les pays les moins à même de prendre les mesures nécessaires qui sont les plus gravement touchés. Parce qu'il est dans l'intérêt de la communauté mondiale de soutenir la lutte antituberculeuse dans le monde entier :

- **Nous nous engageons à partager nos ressources :**

1. En fournissant une assistance technique à l'appui des programmes et activités Halte à la tuberculose aux niveaux mondial, régional et national.
2. En obtenant des ressources financières accrues pour les pays et les partenaires à l'appui du Plan mondial Halte à la tuberculose, en recourant aux mécanismes existants et à de nouvelles initiatives telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
3. En établissant un mécanisme pour assurer le financement direct du partenariat Halte à la tuberculose.

- **Nous nous engageons à travailler en partenariat :**

1. En approuvant le Cadre du Partenariat mondial Halte à la tuberculose.
2. En collaborant par le biais des groupes de travail Halte à la tuberculose et d'autres structures opérationnelles mises en place par le Partenariat pour atteindre les objectifs du Plan mondial Halte à la tuberculose.
3. En encourageant et en soutenant la création de comités interinstitutions de coordination ou de mécanismes analogues aux niveaux national et régional.
4. En soutenant le développement du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et d'autres initiatives du Partenariat mondial Halte à la tuberculose.

V. Ensemble, gouvernements et autres partenaires de l'initiative Halte à la tuberculose, nous nous engageons à suivre les progrès que nous aurons réalisés et à prendre les mesures précises suivantes :

- ***Au cours des 50 jours à venir, d'ici à la fin de 2001 :***
 - Tous les pays à forte charge de tuberculose achèveront la mise au point de leur plan national pour la réalisation des cibles mondiales de la lutte antituberculeuse.
 - Tous les partenaires représentés à cette réunion confirmeront leur engagement vis-à-vis du Plan mondial Halte à la tuberculose.
 - Tous les partenaires appuieront le lancement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

- ***Au cours des 50 semaines à venir, d'ici à la fin de 2002 :***
 - Nous atteindrons un taux de détection par la stratégie DOTS d'au moins 35%.
 - Tous les pays à forte charge de tuberculose mettront en place des comités interinstitutions de coordination, ou des mécanismes analogues, et la lutte antituberculeuse constituera une des compétences de leurs mandats.
 - Le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux fournira les médicaments nécessaires pour traiter au moins un million de malades supplémentaires.

- ***Au cours des 50 mois à venir, d'ici à la fin de 2005 :***
 - Nous atteindrons un taux de détection par la stratégie DOTS d'au moins 70%, tout en maintenant un taux de guérison d'au moins 85%.
 - Nous élaborerons des ripostes efficaces contre les infections concomitantes par le bacille de la tuberculose et le VIH et contre la tuberculose polychimiorésistante, et accélérerons leur mise en œuvre.
 - Nous élaborerons le Plan mondial Halte à la tuberculose pour la période 2006–2010.

- ***Au cours des 50 années à venir, d'ici à 2050 :***
 - Nous éliminerons la tuberculose en tant que problème de santé publique dans le monde.

Nous chargeons le secrétariat de l'initiative Halte à la tuberculose de faire rapport chaque année au Forum sur les progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs.

Annexe 4

**Cibles et résultats attendus pour 2006 ;
étapes importantes en 2002 et 2003**

Cibles	2002	2003	2006
Résolution du Comité régional sur l'extension de la stratégie DOTS	X		
Première réunion du CCI de lutte antituberculeuse	X		
Traitement DOTS pour l'élimination de la tuberculose dans les pays à faible charge	X		
Indicateurs de performance dans les pays à faible charge	X		
Coordonnateur central de la lutte antituberculeuse et équipe d'experts nationaux		Tous les pays	Tous les pays
Couverture par la stratégie DOTS (population et cas inclus)		Au moins 37%	90%
Mesure des résultats du traitement (DOTS)		30 pays	46 pays
Détection DOTS			70%
État des dépenses annuelles et budget de la lutte antituberculeuse mettant en évidence le budget national, l'appui extérieur et les insuffisances de financement		10 pays du groupe 1 5 pays du groupe 2	Tous les pays des groupes 1 et 2
Distribution d'antituberculeux de qualité		15 pays	Au moins tous les pays des groupes 1 et 2
Surveillance de la résistance aux antituberculeux		30 pays	Tous pays
Surveillance de la résistance aux antituberculeux de deuxième intention			3 pays
Projet DOTS-Plus		3 pays (soit un total de 6)	6 pays (soit un total de 12)
Surveillance de la co-infection tuberculose et VIH		20 pays	Tous les pays
Traitement antirétroviral dans certaines zones		1	3
Enquête sur la mortalité due à la tuberculose (recherche)		1 pays	3 pays
Plan de lutte antituberculeuse (Traitement DOTS) mis en place dans le cadre de la politique nationale de santé		35 pays	46 pays
Adaptation de la stratégie DOTS à la réforme du système de santé (intégration, décentralisation, partage des dépenses, assurance sociale, privatisation, approches globales, soins de santé primaires, droits des patients)	1 pays	6 pays des groupes 1 et 2	46 pays
Identification des cas en évolution chez les sujets-contacts et dans les groupes à risque		1 pays du groupe 2	5 pays du groupe 2

Annexe 5

**Extension de la stratégie DOTS par pays
(population couverte en pourcentage de la population totale)**

Groupe 1 – Forte charge de tuberculose

Pays	1999	2002	2004	2006
Arménie	80%	100%	100%	100%
Azerbaïdjan	12%	100%	100%	100%
Bélarus	0%	10%	30%	100%
Estonie	0%	100%	100%	100%
Fédération de Russie	5%	25/25% *	35/60% *	45/90% *
Géorgie	96%	100%	100%	100%
Kazakhstan	100%	100%	100%	100%
Kirghizistan	100%	100%	100%	100%
Lettonie	100%	100%	100%	100%
Lituanie	3%	50%	100%	100%
Ouzbékistan	2%	40%	60%	100%
République de Moldova	0%	83%	100%	100%
Roumanie	4%	50%	100%	100%
Tadjikistan	3%	50%	100%	100%
Turkménistan	0%	20%	50%	100%
Ukraine	0%	4%	17%	40%

* Couverture avec/sans engagement fédéral.

Groupe 2 – Charge de tuberculose intermédiaire

Pays	1999	2002	2004	2006
Albanie	0%	50%	100%	100%
Bosnie-Herzégovine	100%	100%	100%	100%
Bulgarie	0%	50%	100%	100%
Croatie	0%	10%	30%	100%
Espagne	0%	10%	30%	100%
Ex-République yougoslave de Macédoine	0%	50%	100%	100%
Hongrie	100%	100%	100%	100%
Pologne	11%	30%	100%	100%
Portugal	100%	100%	100%	100%
Turquie	0%	10%	30%	100%
Yougoslavie	0%	30%	60%	80%

Annexe 6

Répartition du personnel de l'OMS chargé de la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne

Lieu d'affectation	Nombre de fonctionnaires ou de postes nécessaires	Nombre réel de fonctionnaires ou de postes	Financement actuel ou possible
Bureau régional (Copenhague)	4	3	OMS (2) USAID (1)
Fédération de Russie	4	2	USAID
Asie centrale (Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan)	2	1	USAID
Ukraine	1	1	USAID
Balkans	1	1	UE
Total	12	7	

Annexe 7

Budget du Bureau régional pour la lutte antituberculeuse, 2000–2001

Source des fonds	Montants (USD)	
Budget de l'OMS	992 110	
Donations volontaires	6 574 166	<ul style="list-style-type: none"> • 61% USAID • 23% ECHO • 6% DFID • 5% Gouvernement finlandais <p>Les 5% restants provenant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gouvernement autrichien • Gouvernement français • Gouvernement irlandais • Gouvernement norvégien • Fonds mondial de lutte contre le sida • Banque mondiale
Total	7 566 276	

Annexe 8

Budget estimé et besoins supplémentaires pour la lutte antituberculeuse dans la Région européenne de l'OMS, 2002–2006 (USD)

Source des fonds	2002	2003	2004	2005	2006
Dépenses prévues	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000
Budget de l'OMS	530 000	530 000	N/A	N/A	N/A
Contributions volontaires	3 000 000	3 000 000	N/A	N/A	N/A
Solde à finances	970 000	970 000	N/A	N/A	N/A

Annexe 9

Mandat du Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse

Fonctions, composition et fonctionnement

Le Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse représentera les intérêts et les responsabilités des partenaires collaborant avec l'OMS à son Plan d'extension de la stratégie DOTS pour enrayer la tuberculose dans la Région européenne de l'Organisation. Il sera chargé de la coordination de ce plan.

1. Fonctions

Le Comité aura les fonctions suivantes :

- a) analyser le rapport annuel sur le Plan d'extension de la stratégie DOTS pour enrayer la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS ;
- b) examiner le budget, les éventuelles insuffisances de financement et les états financiers du Plan d'extension de la stratégie DOTS pour enrayer la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS et présenter des recommandations au directeur régional en vue d'améliorer la coordination entre les partenaires internationaux et la lutte antituberculeuse au niveau national ;
- c) évaluer, au niveau technique, l'assistance reçue, les succès obtenus et les obstacles rencontrés dans les efforts déployés pour atteindre les objectifs du Plan d'extension de la stratégie DOTS pour enrayer la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS, et soumettre ses conclusions au directeur régional ;
- d) examiner les plans d'action régionaux et nationaux relatifs au Plan d'extension de la stratégie DOTS pour enrayer la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS et présenter des recommandations au directeur régional ;
- e) examiner sur les plans scientifique et technique la teneur, l'ampleur et la faisabilité des activités de recherche opérationnelle du programme, leur pertinence eu égard aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse, et les méthodes à adopter.

2. Membres

La composition du Comité interinstitutions de coordination est indiquée ci-après :

- *Représentants des donateurs.* Les représentants des gouvernements de ceux des pays ayant contribué, l'année précédente, au budget général du Plan d'extension de la stratégie DOTS pour enrayer la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS.
- *Représentants des États membres luttant contre la tuberculose.* Les représentants gouvernementaux des pays dans lesquels la tuberculose est un problème de santé majeur et des pays activement engagés dans la lutte antituberculeuse.
- *Organisations internationales.* Les représentants de la Banque mondiale, du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et des autres organisations concernées (PAM, FNUAP, UNICEF, HCR, etc.).
- *Organisations non gouvernementales.* Les représentants de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTMR), de l'Association royale néerlandaise de lutte antituberculeuse (KNCV), d'EuroTB et d'autres organisations non gouvernementales choisies

chaque année par le directeur régional parmi celles ayant manifesté à l’OMS leur souhait de devenir membre.

- Les experts sélectionnés par le directeur régional pour leurs compétences scientifiques et techniques (en politique générale de lutte antituberculeuse, en recherche et développement opérationnels), dont il a besoin pour le conseiller efficacement sur tous les aspects de la lutte antituberculeuse.

Sur demande écrite, la qualité d’observateur aux réunions du Comité interinstitutions de coordination pourra être accordée aux parties intéressées par le directeur régional, qui aura la possibilité de déléguer cette prérogative.

3. Fonctionnement

Le Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse se réunira une fois par an, ou plus souvent sur proposition soit du directeur régional soit du président en accord avec le directeur régional.

Le président du Comité sera désigné par les membres de ce dernier pour un mandat de deux ans. Il assurera la présidence des réunions du Comité et décidera des mesures appropriées supplémentaires en accord avec le directeur régional. Lors de chaque réunion du Comité, un vice-président et un rapporteur seront élus parmi les membres ; ils seront chargés de veiller à ce que les décisions prises durant les réunions soient officiellement adoptées et enregistrées avant la levée de la séance.

Le Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse adoptera, dans la mesure du possible, ses décisions par consensus. Les observateurs seront invités à prendre part aux discussions du Comité. Le groupe de travail de l’OMS assurera le secrétariat du Comité et fournira, en fonction des besoins, les services d’appui nécessaires.

Le secrétariat informera le Comité de toutes les décisions et recommandations, relatives à la politique de lutte antituberculeuse et aux questions connexes émanant du Comité régional de l’OMS pour l’Europe, de l’Assemblée mondiale de la santé, et du Conseil exécutif, ainsi que de tous les rapports et recommandations concernant le Bureau régional, provenant du Groupe consultatif scientifique et technique sur la tuberculose.

L’OMS établira un rapport annuel sur la base d’un examen complet de tous les aspects scientifiques, techniques et financiers du Programme et fournira l’appui nécessaire au Comité interinstitutions de coordination de la lutte antituberculeuse.