



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Buenos Aires, Argentine, 20-24 juin 2005

Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire

CE136/17 (Fr.)

3 mai 2005

ORIGINAL : ESPAGNOL

STRATÉGIE RÉGIONALE DE CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE POUR 2005-2015

Il est possible de prévenir et de traiter la tuberculose, cependant cette maladie continue de poser un grave problème de santé publique dans les Amériques. En 2003, 227 551 cas ont été notifiés, dont 130 877 sous forme de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive. Pour cette même année, il a été estimé que 53 800 personnes sont mortes de tuberculose. La coinfection TB/VIH et la tuberculose polypharmacorésistante posent un défi pour le contrôle de la tuberculose et sont présentes dans tous les pays. Il faut ajouter à ces menaces les déficiences qu'accuse le secteur de la santé dans les pays les plus pauvres et l'impact des Réformes du secteur de la santé.

Tout au long de la dernière décennie, a été mise en œuvre dans les Amériques la stratégie internationalement reconnue de contrôle de la tuberculose (DOTS-Traitement de brève durée sous surveillance directe), laquelle a pu parvenir en 2003 à une couverture de 78% de la population. Cette stratégie a permis d'améliorer la détection et le traitement des cas. La région est en bonne voie d'atteindre les indicateurs et les objectifs de développement du Millénaire; cependant, les présents résultats ont été fondamentalement atteints dans les pays à revenus élevés et moyens, à l'aide de Programmes fructueux nationaux de tuberculose sur le long terme.

En raison de la différente dynamique de développement des pays et l'apparition de nouveaux défis, la coopération technique doit envisager la diversité de modèles épidémiologiques et de mise en route de Programmes nationaux de tuberculose, en accordant la priorité aux secteurs les plus vulnérables, en fonction des conditions de pauvreté, de l'incidence et de la charge de la tuberculose, de la réponse sanitaire, de l'impact du VIH/SIDA et de la tuberculose polypharmacorésistante. C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le *Plan stratégique du Programme régional de tuberculose 2005-2015* qui comporte des interventions de coopération différenciée en vue d'optimiser l'approche du contrôle destiné à améliorer la qualité des soins ; encourager la participation et la mobilisation sociale ; faciliter la réalisation des Objectifs de développement du Millénaire. Le Plan vise à faire en sorte que les États membres et les partenaires élargissent et consolident la stratégie DOTS et appliquent des initiatives dans le cadre du DOTS, y compris la lutte contre la tuberculose polypharmacorésistante et celle qui est associée au VIH/SIDA, en vue de freiner l'incidence, la prévalence et le taux de mortalité due à la tuberculose. .

Le *Plan stratégique du Programme régional de tuberculose 2005-2015* est soumis à l'examen du Comité exécutif pour information et recommandations au sujet du processus de mise en œuvre de celui-ci. .

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction	4
Situation de la tuberculose et de son contrôle dans le monde et dans les Amériques	5
Situation dans le monde	5
Situation dans les Amériques	5
La stratégie DOTS	7
Impact du contrôle de la tuberculose sur les objectifs de l’OMS pour 2005 et les Objectifs de développement du Millénaire.....	9
Objectifs de développement du Millénaire	10
Situation de la région des Amériques au regard des objectifs	10
"Plan stratégique du Programme régional de tuberculose 2005-2015"	12
But.....	12
Objectif général.....	12
Objectifs spécifiques.....	12
Principaux buts.....	13
Lignes de travail du plan.....	13
Ressources institutionnelles, économiques et humaines.....	14
Pour ce qui est des partenaires et de la mobilisation de ressources	17
Intervention du Comité exécutif	18
Références	

“Lancement du Plan stratégique du Programme régional de tuberculose 2005 – 2015”

Introduction

1. La tuberculose est une maladie causée par le *M. Tuberculosis*, et que l'on peut prévenir et traiter, cependant, elle continue de provoquer de la douleur, des souffrances et la mort parmi les habitants des Amériques. Il suffit que le diagnostic soit émis au moment opportun et que les malades soient traités jusqu'à la guérison, pour que soit réduite la transmission du bacille parmi la communauté. Toutefois, le contrôle de cette maladie présente des difficultés liées à un jeu de facteurs, à savoir : l'accès de la population à un réseau de services de santé sans frais pour le patient; une consultation et un diagnostic opportuns ; l'adhésion du malade à un traitement prolongé et un soutien familial et communautaire, deux éléments qui font souvent défaut à cause de la stigmatisation sociale associée la maladie.

2. La situation des personnes frappées de tuberculose qui n'ont pas accès aux établissements sanitaires est tragique, alors que 80% d'entre elles sont menacées de mort, connaissent des souffrances et des douleurs pendant plusieurs années de maladie et de nouveaux cas de tuberculose dans la famille et dans la collectivité sont dépistés. En moyenne, un malade non traité contamine une personne par mois ; en d'autres termes, un seul patient peut causer entre 24 et 96 nouvelles infections de personnes, dont 10% développeront la maladie durant leur vie¹. Cette situation est aggravée par le VIH/SIDA qui accroît le risque d'infection de TB entre 5 et 15% pour les personnes coinfectedes.². Si les malades ont recours à des services de santé qui n'utilisent pas les normes prescrites dans les Programmes nationaux de tuberculose (PNT), dans plusieurs cas, ils subissent des traitements irréguliers et coûteux, accompagnés du risque d'être atteint de la tuberculose polypharmacorésistante (TB-PPR).

3. Il faut souligner les rapports étroits entre la TB et certains facteurs sociaux créés par les diverses dynamiques sociales et économiques intervenant dans le développement du pays, lesquels peuvent produire une grande inégalité entre les nations et à l'intérieur d'entre elles, entre les peuples et au sein d'entre eux ; par l'augmentation de la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination, pour ne citer que ces facteurs. Ce sont des éléments qui prédisposent les populations les plus défavorisées d'une collectivité à l'infection et à la maladie et créent des barrières à l'accès à des soins de santé de qualité.

Situation de la tuberculose et de son contrôle dans le monde et dans les Amériques

Situation dans le monde

4. La tuberculose continue de poser un problème majeur de santé dans le monde. L'OMS³ a estimé qu'en 2003, il s'est produit 8,8 millions de cas de TB et 1,7 millions de décès causés par la TB.

5. Le taux moyen de succès enregistré dans le traitement de patients a été de 82% en 2002, le taux de notification en Afrique et en Europe ayant été inférieure, pourcentage attribuée en partie à la coinfection par la TB/VIH et à la résistance aux médicaments.

6. La tendance du taux d'incidence de TB est à la baisse ou demeure stable dans *cinq* de six régions de l'OMS, mais cette tendance a augmenté à travers le monde à raison de 1,0% par an. Cet accroissement est dû à l'Afrique en raison du taux élevé d'infection par le SIDA. N'était-ce la tendance adverse relevée en Afrique, les taux de prévalence et de mortalité accuseraient une baisse à travers le monde³.

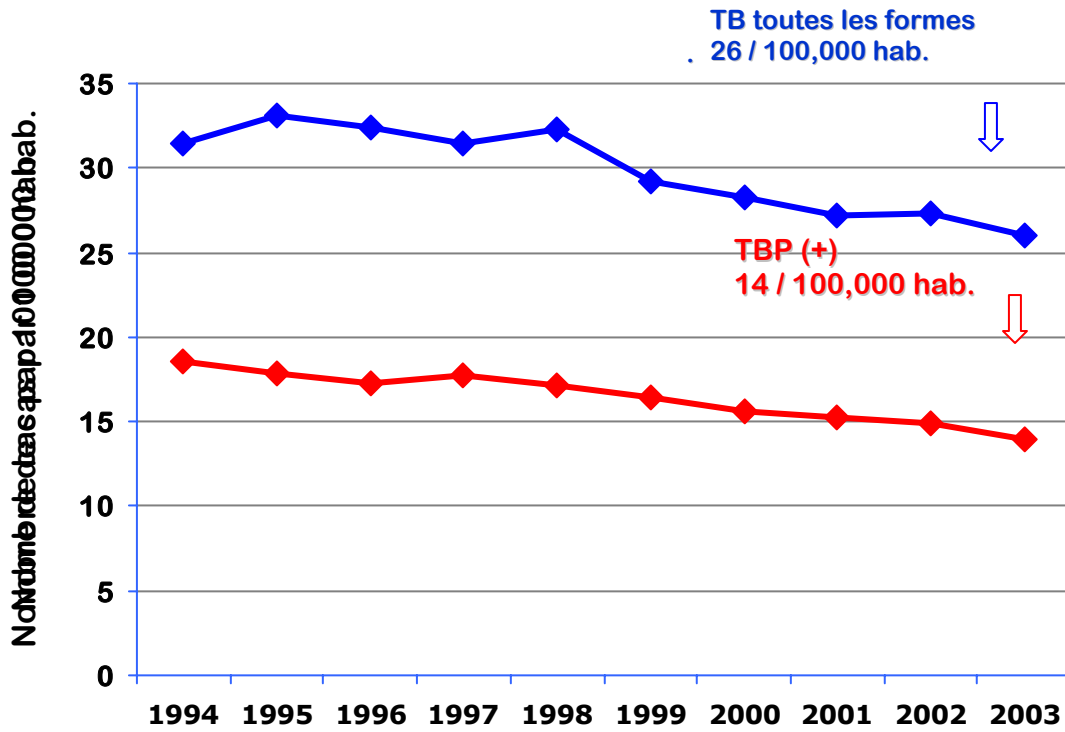
Situation dans les Amériques

7. Dans la région des Amériques, en 2003, 227.551 cas de tuberculose ont été notifiés, dont 130.77 ont été constitués par la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive (TBP+), à raison de taux de notification de 26 à 14 par 100.000 habitants. Selon les estimations de l'OMS, 61% des cas sous toute leur forme ont été dépistés et 76% du type TB+.

8. Pour la même année, on a estimé que 53 800 sont mortes de TB, soit une moyenne de 6 par 100 000 personnes dans la région. Les chiffres varient de 71 pour Haïti à moins de 1 personne par 100 000 pour les Etats-Unis.⁴ La TB dans les pays les plus affectés représente l'une des principales causes de décès..

9. De 1994 à 2003, le taux d'incidence a accusé une légère tendance à la baisse, soit 1.6% par an pour la TB sous toutes ses formes et 2.6% par an pour la TBP+ (figure 1). Cette tendance est essentiellement attribuée à une diminution de cas dans les pays suivants : Brésil, Chili, Costa Rica, Cuba, Etats-Unis et Pérou. Le Brésil et le Pérou ont compté pour 50% des notifications de cas dans la région³.

Figure 1. Taux d'incidence de notifications de cas de TB dans la région des Amériques (1994 – 2003)



10. L'analyse différenciée par pays montre une hétérogénéité dans la charge de la tuberculose:

Tableau 1 Estimation du taux d'incidence de la tuberculose par 100.000 habitants, 2003

> 85	>50-84	25-49	<24
Bolivie	Belize	Argentine	Caraïbe
Equateur	Brésil	Bahamas	anglophone
Guyana	Colombie	Mexique	Chili
Haïti	El Salvador	Panama	Costa Rica
Pérou	Guatemala	Uruguay	Cuba
République Dominicaine	Honduras	Venezuela	Canada
	Nicaragua		EUA
	Paraguay		Puerto Rico
	Suriname		

11. L'incidence de TBP+ dans la région depuis 1994 affecte de manière prédominante la population jeune du sexe masculin et 60% des cas regroupent des personnes âgées de 15 à 44 ans.

12. La coinfection TB/VIH et la tuberculose polypharmacorésistante (TB-PPR) sont présentes dans tous les pays :

- La majorité d'entre eux montre des épidémies VIH/SIDA concentrées ou généralisées ; avec des épidémies généralisées relevées dans des pays où le taux de TB est élevé, à savoir : Honduras, République dominicaine, Haïti, Guyana et Guatemala.
- La TB-PPR primaire acquiert une grave dimension, surtout dans des pays comme le Pérou, le Guatemala, la République dominicaine et l'Équateur qui accusent des taux de TB-PPR excédant 3% des nouveaux cas de TB⁵.

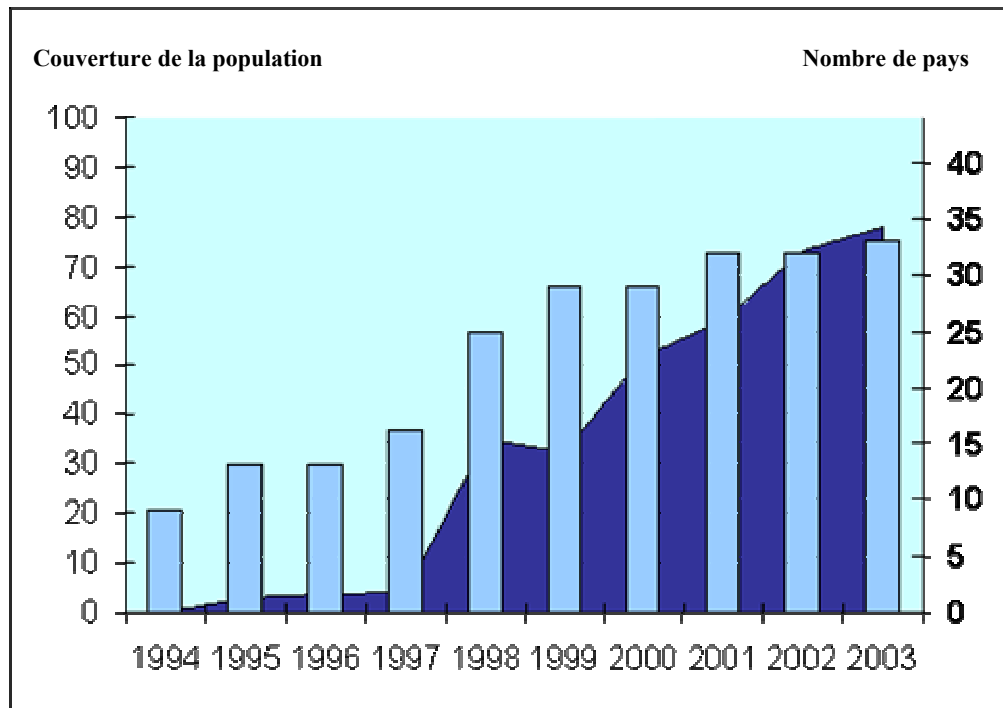
La stratégie DOTS

13. La Stratégie DOTS (connue sous son sigle anglais :Directly Observed Treatment Short course therapy – traitement de brève durée sous surveillance directe), est internationalement acceptée pour le contrôle de la tuberculose et elle a été qualifiée comme l'une des interventions les plus rentables de santé publique⁶. Elle comporte cinq éléments de nature technique et administrative⁷:

- Un engagement politique envers le contrôle de la tuberculose
- Un diagnostic bactériologique de qualité et accessible à la population
- Une quantité suffisante de médicaments de qualité et authentifiés
- Un traitement à courte durée normalisée et l'observation directe de l'absorption des médicaments
- Système d'enregistrement et de notification pour le suivi et l'évaluation des interventions

14. En 2003, la stratégie a été mise en œuvre dans 25 pays, avec différents niveaux de couverture (figure 2). Suite à cette approche, on a remarqué une amélioration des résultats de notification de cas et du succès du traitement. Les résultats du traitement de nouveaux cas de TBP+ dans le cadre de la stratégie (DOTS), ont accusé un taux accru de succès dans le traitement de l'analyse des cohortes pour passer de 77% en 1994 à 81% en 2002.

Figura 2. Expansion de la stratégie DOTS dans les Amériques, Pourcentage de couverture démographique et nombre de pays appliquant la stratégie. 1994-2003.



Impact du contrôle de la tuberculose sur les objectifs de l’OMS 2005 et les Objectifs de développement du Millénaire.

15. L’OMS a constamment alerté le monde au sujet de l’impact négatif de la tuberculose sur le développement économique et social des pays à travers les résolutions émanées des *Assemblées mondiales*, comme par exemple la WHA 44.8 de 1991, qui demandait aux États membres d’accorder la « plus haute priorité au contrôle de la TB ». L’OMS a fixé les objectifs suivants : détection de 70% des cas à bacilloscopie positive, dont 85% ont été traités ; la WHA 46.36 en 1993 qui recommande la Stratégie DOTS assortie de ses cinq composantes comme mécanisme de contrôle.

16. Les mêmes recommandations ont été appuyées par des *Résolutions du Comité directeur de l’OPS et du Comité exécutif de l’OMS*, parmi lesquelles il faut citer la résolution CD 39/20 en 1996 qui a déclaré la tuberculose comme « priorité sanitaire », a convoqué et a engagé les gouvernements des pays à accorder la priorité au contrôle de

cette maladie. La 114^{ème} Session du Comité exécutif en 2004 a demandé d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs suivants : détecter 70% des nouvelles infections et traiter avec succès 85% de celles-ci en vue d'atteindre les ODM ; améliorer la collaboration entre les Programmes de VIH et de TB ; mettre en œuvre et renforcer les stratégies en vue d'un contrôle effectif de la TB-PPR.

17. Résolutions qui ont contribué à l'élaboration des Objectifs de développement du Millénaire.

Objectifs de développement du Millénaire

18. les pays de l'Organisation des Nations Unies (ONU) ont décidé en septembre 2000 d'adopter les huit objectifs de base du développement et de faire en sorte qu'ils soient atteints d'ici 2015. . L'Objectif 6 destiné à « Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies » établit le but 8 : « D'ici à 2015, maîtriser et commencer à réduire le taux d'incidence du paludisme et d'autres graves maladies » avec les indicateurs spécifiques pour la tuberculose : Numéro 23, réduire de moitié le taux de prévalence et de mortalité due à la TB ; et le numéro 24 : dépister 70% des nouveaux cas bacillifères et traiter avec succès 85% de ces cas dans le cadre de la stratégie DOTS.

Situation de la région des Amériques au regard des objectifs

19. Face aux objectifs de l'OMS lancés lors de la 44^{ème} Assemblée aux fins de réalisation en 2005:

- En l'an 2003, ont été dépistés 76% de cas contagieux, dont seulement 50% tombent dans la stratégie DOTS ; le reste, soit 26%, relève des services publics, non pas de la stratégie DOTS. 81% de ces cas ont été traités avec succès.

On estime que l'objectif de traitement sera atteint et notification sera faite de 70% des cas dans le cadre du DOTS d'ici la fin de 2005.

20. Face aux buts pour 2015, les Objectifs de développement du Millénaire : « D'ici à 2015, maîtriser et commencer à réduire le taux d'incidence du paludisme et d'autres graves maladies ”.

- Selon les estimations de l'OMS (3), le taux d'incidence a déjà commencé à diminuer depuis 1990, passant de 66 à 43 par 100 000 habitants en 2003.

21. Il faut noter qu'une diminution discrète du taux d'incidence a été relevée dans les pays suivants : Belize, Bolivie, Colombie, Equateur, Paraguay, Venezuela et Haïti..

22. Pour ce qui est des *objectifs de prévalence et de mortalité due à la tuberculose*, en 2003, le tableau est le suivant dans la région.

	<u>Ligne de base (1990)</u>	<u>2003</u>	<u>Objectif (2015)</u>
Prévalence de TB*	100	58	50
Mortalité de TB*	100	6	5
* Taux par 100 000 habitants			

23. En situant la région, on se retrouve à portée des objectifs de développement du Millénaire ; on doit cependant souligner que les résultats actuels ont été fondamentalement obtenus dans des pays à revenus élevés et moyens, à l'aide de programmes nationaux de tuberculose (PNT) fructueux à long terme et résultant en une diminution durable des indicateurs.

24. La diminution des indicateurs qui s'avère nécessaire pour atteindre les objectifs de développement du Millénaire de 2003 à 2015, dépendra des pays à revenus moyens et faibles accusant un taux élevé ou la charge de TB, compte devant être tenu du fait que quelques-uns d'entre eux connaissent une instabilité sociale et politique, la pauvreté et une propagation rapide du VIH/SIDA.

25. L'analyse des données permet de conclure que de 1996 à 2003, des progrès substantiels ont pu être réalisés qui doivent être protégés ; cependant, ils demeurent inconsistants, alors qu'il reste encore d'autres étapes à franchir. Par conséquent le Programme régional orientera ses politiques de contrôle durant la période 2005-2015 (Plan stratégique régional) vers l'atteinte des buts suivants :

- a. **Protéger** la durabilité de l'expansion de la stratégie DOTS à 16 pays de la région. Cette protection devra accorder la priorité aux pays à revenus économiques moyens et faibles et hautement exposés à la TB comme la Bolivie, le Nicaragua, le Guatemala et le Pérou.
- b) **Protéger** l'approvisionnement régulier de médicaments dans tous les pays.
- c) **Élargir** la stratégie DOTS dans les pays où la couverture est réduite.
- d) **Élargir** les initiatives dans le cadre du DOTS qui visent à *améliorer l'accès au contrôle des populations marginalisées*.
- e) **Élargir** les activités de collaboration entre les programmes de TB et de VIH.
- f) **Élargir** le traitement, dans le cadre du DOTS, de la TB-PPR.

- g) **Renforcer** la formation des ressources humaines, la recherche opérationnelle et épidémiologique.
- h) **Affronter les nouveaux défis** que posent par exemple *l'affaiblissement du secteur de la santé*, les réformes de la santé, les facteurs sociaux en fluctuation et le spectre hétérogène de la situation de la TB dans les Amériques au moyen de ::
- La mise en œuvre de la stratégie DOTS dans les pays où elle n'existe pas.
 - La mise en œuvre d'initiatives qui permettent d'améliorer la qualité des soins comme le PAL (de l'anglais « Practical approach to Lung health »)[†] et de les incorporer à tous les fournisseurs publics et privés (initiative PPM de l'anglais Public-Private Mix).
 - La mise en œuvre et/ou le renforcement de la communication social en vue d'obtenir la participation et la mobilisation sociale et l'engagement politique.

“Plan stratégique du Programme régional de tuberculose 2005 – 2015”

But

26. Des progrès sensibles ont été réalisés en matière de contrôle de la TB dans la région ; cependant, en raison de la dynamique différente de développement des pays et des nouveaux défis qui se posent, la coopération technique doit s'inscrire dans la diversité des modèles épidémiologiques, opérationnels et de développement de programmes nationaux de tuberculose, en accordant la priorité aux populations les plus vulnérables dans les divers contextes, à savoir : les conditions de pauvreté, le taux d'incidence et la charge de TB, la réponse sanitaire, l'impact du VIH/SIDA et la TB-PPR.

27. C'est dans ce contexte qu'a été élaboré un Plan régional, en accord avec les experts de tous les pays de la région (responsables des PNT) qui comporte des interventions de coopération différenciée en vue d'optimiser l'approche du contrôle à l'aide d'initiatives lancées dans le cadre de la stratégie DOTS, destinées à améliorer la qualité des soins, à encourager la participation et la mobilisation sociale dans la perspective de la réalisation des Objectifs du Millénaire.

Objectif général

28. Les États membres et les partenaires élargissent et renforcent la stratégie DOTS et appliquent des initiatives prescrites dans le DOTS, notamment la MDR-TB et la TB

[†] Pour introduire des mesures normalisées de soins de maladies respiratoires dans le cadre des soins primaires de santé, en vue d'améliorer le diagnostic de TB.

associée au VIH./SIDA, en vue de renverser le taux d'incidence, de prévalence et de mortalité de la TB.

Objectifs spécifiques

- Élargir, consolider et approfondir la stratégie DOTS/TAES.
- Diminuer l'incidence de la TB e du VIH parmi les populations affectées par les deux maladies.
- Renforcer les réseaux de laboratoire de tuberculose en vue de garantir un diagnostic et un contrôle opportuns et de qualité.
- Faciliter la mise en œuvre de la gestion intégrale de la TB-PPR dans le cadre de la stratégie DOTS-Plus)
- Encourager le recours à des stratégies de communication en vue du changement de comportement par les programmes nationaux de tuberculose
- Encourager l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de développement des ressources humaines dans le contrôle de la tuberculose à l'intérieur des pays.

Principaux objectifs

- La région doit notifier plus de 70% des cas nouveaux de TBP+ et traiter 85% de ceux-ci d'ici 2005 (objectifs OMS)
- La région doit renverser le taux d'incidence de TB dans tous les pays et diminuer de 50% la mortalité et la prévalence d'ici 2015 par rapport à 1990.

Lignes de travail du plan

Élargir, consolider et renforcer la stratégie DOTS dans les pays de la région

29. Ligne de travail destinée à mettre en œuvre, à élargir, à renforcer et/ou à soutenir la stratégie DOTS. Les travaux seront menés aux termes d'une approche multisectorielle et en fonction de la stratification des pays conformément au taux d'incidence du TB et à la couverture de la stratégie DOTS en 2003. De nouvelles initiatives déjà décrites seront lancées, y compris l'élimination de la TB, la coopération horizontale entre pays et l'incorporation de partenaires et de nouveaux acteurs.

Mettre en œuvre et renforcer les activités de collaboration entre les PNT et les PNS assorties d'une surveillance de la coinfection TB/VIH.

30. Une coopération sera prêtée en fonction de la stratification du stade de l'épidémie au VIH et de la charge de TB, en vue d'identifier des mesures immédiates et à moyen

terme. Sera mise en œuvre un plan de gestion intégrale TB/VIH de soins primaires et communautaires (stratégie du pas à pas), en facilitant l'accès aux médicaments antiviraux (Initiative 3 à 5) et en surveillant systématiquement la coinfection dans le cadre de la vigilance de TB.

Renforcer le réseau de laboratoires et la surveillance de la pharmacorésistance dans les pays de la région.

31. Ligne de travail destinée à maintenir le laboratoire de TB comme priorité. Des efforts seront déployés en vue de la normalisation, de l'observation de normes techniques et opérationnelles dans les réseaux et de la certification de laboratoires nationaux des pays. L'amélioration de la gestion et de l'utilisation de cultures sera abordée; de nouvelles techniques ainsi qu'une surveillance de la TB-PPR seront introduites. A l'échelle internationale, il sera mis en place un « Réseau supranational de laboratoires » avec la participation des laboratoires supranationaux et de centres de collaboration.

Mettre en œuvre et/ou étendre la stratégie DOTS-plus spécialement dans les pays ayant une charge élevée de TB-PPR.

32. Cette approche vise la gestion intégrale dans le cadre du DOTS (soins de qualité aux malades) des patients frappés de TB-MDR – normes, médicaments de qualité – dans la perspective d'une approche préventive.

Fournir des encouragements et des services consultatifs pour la mise en œuvre de stratégies de communication en vue d'un changement de comportement parmi la population, ainsi que la participation et la mobilisation sociale.

33. Cette initiative vise fondamentalement l'augmentation de la demande de soins de santé (la consultation et le diagnostic anticipés et l'adhésion au traitement), le déstigmatisation de la maladie, l'incorporation de la communauté pour parvenir à la mobilisation sociale et la protection qui font du contrôle de la TB une priorité en matière de politiques de santé. Encouragement de la coopération horizontale entre pays.

Appuyer les politiques de formation des ressources humaines en santé

34. Cette approche consiste à appuyer les politiques de formation des ressources humaines et de renforcement des capacités visant à accroître l'offre de services de santé de qualité, tout en contribuant au renforcement du secteur de la santé.

Ressources institutionnelles, économiques et humaines

35. En 2005, la région dispose des différentes ressources ci-après :

Ressources institutionnelles

a) *Laboratoires supranationaux de référence:*

- Laboratoire d'État de Massachusetts, EU
- Laboratoire de mycobactériologie/tuberculose, CDC, Atlanta, USA
- Institut de santé publique du Chili
- Institut national des maladies infectieuses d'Argentine
- Institut national de référence épidémiologique du Mexique

36. Ces laboratoires forment le Réseau supranational de laboratoires chargés de la normalisation des techniques d'utilisation, de la qualification des laboratoires nationaux, de la supervision et du suivi des Réseaux de laboratoires.

b) *Centres de collaboration OPS/OMS:*

- Institut Pedro Kouri, Cuba
- Institut national des maladies respiratoires, "Emilio Coni", Argentine

37. Les Centres de collaboration prêtent un appui à la formation des ressources humaines, à des activités de recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle; à la communication sociale; à la diffusion et à l'échange d'information au moyen de publications régionales. À partir de 2005, ils seront incorporés dans le Réseau supranational de laboratoires.

38. *Centre épidémiologique de la Caraïbe (CAREC)* à Port-of-Spain, Trinité-et-Tobago. Ce Centre prête un appui à la surveillance de la tuberculose, ainsi qu'au suivi et à la supervision des laboratoires de mycobactéries dans les pays membres du CAREC.

39. *Centre latino-américain et de la Caraïbe d'information en sciences de la santé (BIREME)*, à Sao Paulo (Brésil). Ce centre fournit un appui à la promotion de la coopération technique en matière d'information scientifique en santé avec les pays et entre les pays d'Amérique et de la Caraïbe.

Ressources financières

40. Durant l'exercice biennal 2004-2005, le Programme régional a disposé d'une somme de EU\$ 2 000,000 destinée au contrôle de la tuberculose, dont 27% étaient constitués par des fonds propres de l'organisation (fonds ordinaires). On prévoit que ces ressources financières vont être réduites à 45% pour l'exercice biennal 2006-2007. Les

ressources régionales provenant de la coopération bilatérale connaîtront aussi une baisse en raison du changement de priorités des donateurs. La diminution de ressources disponibles pour le prochain exercice biennal provoquera des brèches importantes dans la mise en œuvre du Plan régional. Le Programme régional planifie des stratégies de mobilisation des ressources.

41. Dans le pays, durant le dernier exercice biennal, l'OPS a mobilisé un total de EU\$ 1 897 000 destiné au contrôle de la tuberculose dans des pays prioritaires. Ce montant provenait de la coopération multilatérale et bilatérale.

42. Par le truchement du *Fonds mondial contre le SIDA, la tuberculose et la malaria* (GFATM selon le sigle en anglais), onze pays de la région jusqu'à présent ont pu avec succès soumettre leurs propositions relatives à la tuberculose et obtenir environ EU\$ 83 millions. Ces projets s'étendent sur la période 2003 à 2009. Le tableau 2 montre les projets du Fonds mondial approuvés dans la région.

Tableau 2. Projets du Fonds mondial contre le SIDA, la tuberculose et la malaria, composante de tuberculose. Région des Amériques, avril de 2005.

	Période 2 premières années	Quantité 2 premières années, USD	Totalité des projets
Bolivie	Juil 2004- Juil2006	2.381.646	5.688.896
Équateur	En suspens-signature	-	16.353.319
El Salvador	Oct2003-Oct2005	1.918.344	3.373.959
Guyana	En suspens-signature	-	1.351.730
Haïti	Juin2004-Juin2006	8.131.836	14.665.170
Honduras	Mai2004-Mai2005	3.790.500	6.597.014
Nicaragua	Oct2003-Oct2005	1.271.820	2.853.065
Panama	Fév2003-Fév2005	440.000	570.000
Paraguay	Oct2004-Oct2006	1.194.902	2.799.545
Pérou	Nov2003-Nov2005	20.153.818	24.228.179
République dominicaine	Août2004-Août2006	2.636816	4.611.816

a) Ressources humaines à l'OPS

- **Programme régional (2 personnes)**
- **Professionnels engagés à court terme, dans le cadre du Programme de résidence en tuberculose (2-3 professionnels par an)**
- **Consultant international – Brésil**
- **Consultant international – Amérique centrale**
- **Consultant international – République dominicaine**
- **Appui aux autorités centrales de l'Unité des maladies transmissibles dans les PWR.**

Ressources humaines

Ressources humaines appelées à fournir des services consultatifs au Programme régional

43. Durant le cours de la présente année, le Comité technique consultatif sera constitué en vue d'une part, de fournir une perspective technique indépendante comportant un examen et une évaluation des politiques, stratégies et plans d'action du Programme régional, et d'autre part, d'assurer le suivi et l'évaluation du stade de réalisation des objectifs visant à améliorer le fonctionnement du Programme. Le Comité technique consultatif sera formé d'experts de renommée internationale et régionale qui représentent les principaux partenaires techniques et financiers, ainsi que les pays qui supportent une plus grande charge de tuberculose dans la région (Brésil, Pérou et Mexique).

44. Les ressources humaines spécifiques affectées à la tuberculose s'avèrent insuffisantes pour répondre aux objectifs et activités du Plan régional ; c'est pourquoi diverses instances sont abordées pour obtenir un plus large appui dans le cadre du Programme régional dans les domaines techniques de laboratoire et de tuberculose polypharmacorésistante.

Pour ce qui est des partenaires et de la mobilisation de ressources

45. L'organisation *Alianza Stop TB* en existence depuis 1998 lors du premier Comité ad hoc sur l'épidémie de tuberculose convoqué par l'OMS (Londres), est un mouvement social de portée mondiale contre la tuberculose qui pose la nécessité d'une approche multisectorielle et recherche de nouvelles occasions de travailler avec des partenaires et des alliés.

46. L'organisation *Alianza Mundial Stop* a pour objectif d'encourager le développement d'alliances régionales et nationales ainsi que la mobilisation de ressources et de financement du plan mondial ; d'intégrer la tuberculose dans les stratégies de réduction de la pauvreté ; de parvenir à la mobilisation sociale, la communication et la promotion mondiale et locale pour augmenter l'engagement politique et les ressources financières, ainsi que maintenir les activités du *Global TB Drug Facility*.

47. Dans la région des Amériques, les préparatifs sont en cours pour la formation du Comité *STOP TB Regional* sur lequel se fonderont les partenaires techniques et financiers qui mènent des activités dans la région. L'OPS se consacrera activement à incorporer de nouveaux partenaires et alliés potentiels. La mission de ce Comité sera d'assurer un engagement régional envers la mise en œuvre du Plan régional qui inclut la mobilisation de ressources, la recherche d'un compromis politique et social, l'élaboration de stratégies et la coordination des efforts entre partenaires. Un ambassadeur de la tuberculose sera désigné et il aura pour fonction publique d'assurer la promotion devant la société de la lutte contre la tuberculose dans les Amériques.

48. L'OPS appuie l'installation de Comités STOP TB à l'échelle nationale. En 2004, ont été lancés les Comités STOP TB / Halte à la tuberculose, au Mexique et au Brésil).

Intervention du Comité exécutif

49. Il est demandé au Comité exécutif d'entériner le contrôle de la tuberculose comme priorité des politiques de santé, en considérant les lignes stratégiques du Plan régional de contrôle de la tuberculose pour la période 2005-2015. Il lui est aussi demandé d'opiner sur les possibilités d'élaboration de plans stratégiques nationaux qui soient cohérents avec le plan régional et qui contribuent à ce que la région atteigne les Objectifs du Millénaire.

Références

¹ Caminero Luna, Jose A. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Francia, 2003

² Raviglioni MC, Harries AD, Msiska R, Wilkinson D, Nunn P. Tuberculosis and HIV: current status in Africa. AIDS 1997; 11 (Suppl B): S115-S123.

³ Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2005.349)

⁴ CDC. Reported Tuberculosis in the United States, 2003. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, September 2004.

⁵ TB MDR Surveillance Report, Anti-tuberculosis drug resistance in the world report no. 3, Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2004.343)

⁶ Murray CJL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. Bull Int Union Tuberc Lung Dis, 1990, 65:2-20.

⁷ ¿Qué es el DOTS? Una guía para la comprensión de la estrategia de control de la tuberculosis recomendada por la OMS conocida como DOTS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS/CDS/CPC/TB/ 99.270)

- - -