



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



46^e CONSEIL DIRECTEUR 57^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 26-30 septembre 2005

Point 4.13 de l'ordre du jour provisoire

CD46/18, Rev. 1 (Fr.)
16 septembre 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 125 803 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 ainsi que 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 lutte contre 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 régional du Programme de lutte contre la tuberculose 2005-2015 qui comporte des interventions de coopération différenciée en vue d'optimiser l'approche de la lutte destinée 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 Comité exécutif a examiné ce document et a adopté la résolution CE136.R7 (voir l'annexe) qui est soumise au Conseil directeur.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction	3
Situation de la tuberculose et de son contrôle dans le monde et dans les Amériques	4
Situation dans le monde	4
Situation dans les Amériques	4
La stratégie DOTS	7
Impact de la lutte contre la tuberculose sur les objectifs de l'OMS pour 2005 et les Objectifs de développement du Millénaire	7
Situation de la Région des Amériques au regard des Objectifs de développement du Millénaire	8
"Plan régional stratégique de lutte contre la tuberculose 2005 – 2015"	10
But	10
Objectif général	10
Objectifs spécifiques	10
Principaux buts	11
Lignes de travail	11
Ressources institutionnelles, économiques et humaines	13
Partenaires et mobilisation de ressources	15
Mesures à prendre par le Conseil directeur	16
Annexe	

“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 simplement 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, la lutte contre 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, le besoin de fourniture gratuite de soins de santé, des consultations et un diagnostic rapides; l'adhésion du malade à un traitement et l'accès à un soutien familial et communautaire, deux éléments qui font souvent défaut à cause de la stigmatisation sociale associée la maladie.

2. 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 la durée de vie¹. Cette situation est aggravée par le VIH/SIDA qui accroît le risque d'infection de TB entre 5 et 15% par an.²

3. La tuberculose est étroitement liée à certains facteurs sociaux de santé créés par les diverses dynamiques sociales et économiques intervenant dans le développement du pays. Cette association produit 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 non seulement prédisposent les populations les plus défavorisées d'une collectivité à l'infection par la tuberculose, mais accroissent les barrières à l'accès à des soins de santé de qualité.

¹ Caminero Luna, Jose A. *Guia de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. International Union against Tuberculosis and Respiratory Diseases.*

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.*

Situation de la tuberculose et de la lutte contre celle-ci 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* des six régions couvertes par 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 monde.⁴

Situation dans les Amériques

7. Dans la région des Amériques, en 2003, 227.551 cas de tuberculose ont été notifiés, dont 125.803 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. Ceci correspond à 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 États-unis.⁵ Ces chiffres font de la tuberculose l'une des plus importantes causes de décès dans les pays les plus affectés.

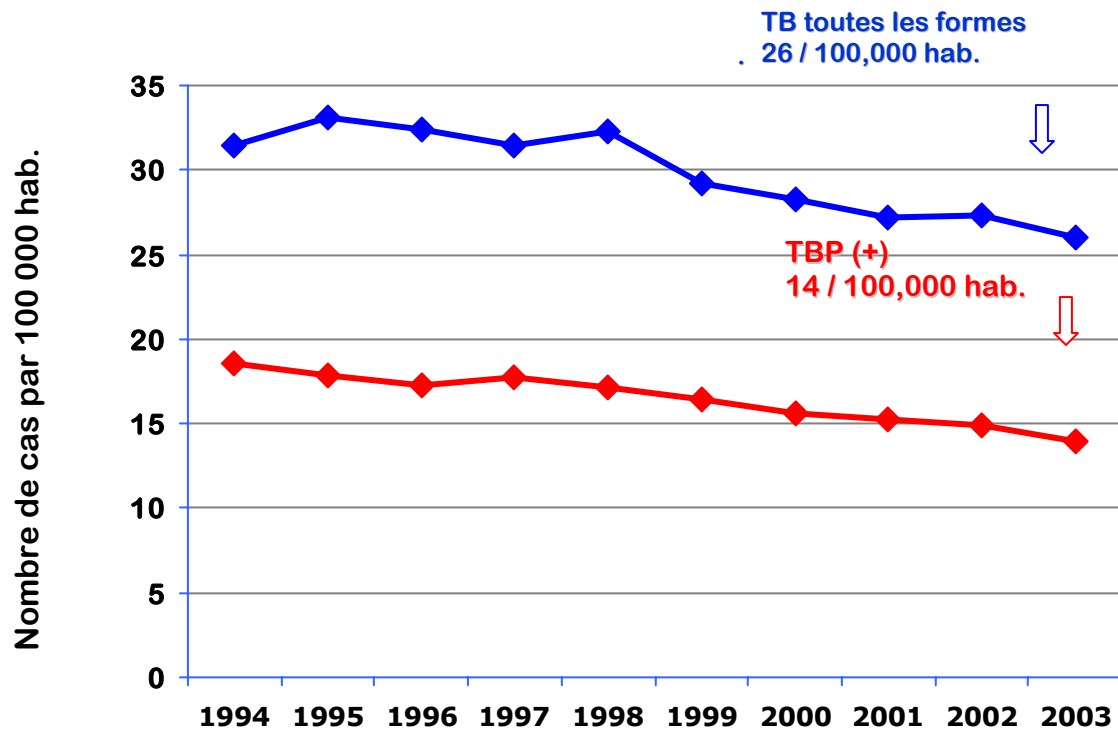
9. De 1994 à 2003, le taux d'incidence a accusé une légère tendance à la baisse, soit 1.6% par an pour la TB sous toutes ses formes et 2.6% par an pour la TBP+ (figure 1). Cette tendance est essentiellement attribuée à une diminution de cas dans les pays suivants : Brésil, Chili, Costa Rica, Cuba, États-unis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

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

⁴ Voir note 3 plus haut.

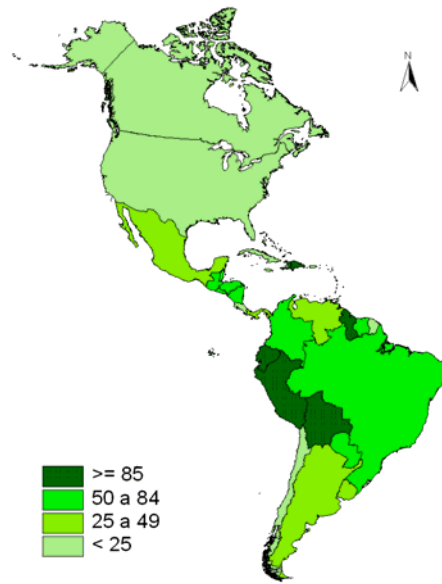
⁵ CDC. *Reported Tuberculosis in the United States, 2003.* Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, September 2004.

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



10. L'analyse différenciée par pays indique les disparités dans la répartition de la charge de la tuberculose (figure 2).

Figure 2. Taux estimatif d'incidence de la tuberculose par 100 000 habitants (2003)



11. L'incidence de TBP+ dans la région depuis 1993 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) se présente comme suit :

- Dans onze pays, sévit une épidémie généralisée de VIH/SIDA, notamment en République dominicaine, au Guatemala, au Guyana, en Haïti et au Honduras. On relève également une forte incidence de tuberculose dans ces derniers pays.
- La TB-PPR primaire ne constitue pas un grave problème dans la région, comme en témoigne l'étude sur la résistance de la tuberculose aux médicaments, sauf dans des pays comme l'Équateur, le Pérou, le Guatemala, la République dominicaine et l'Équateur qui accusent des taux de TB-PPR excédant 3% des nouveaux cas de TB.⁶

⁶ *TB MDR Surveillance Report, Anti-tuberculosis drug resistance in the world report no. 3*, Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2004.343)

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 comme instrument de lutte contre le contrôle de la tuberculose et elle a été qualifiée comme l'une des interventions les plus rentables de santé publique⁷ le comporte cinq éléments de nature technique et administrative⁸:

- Un engagement politique envers la lutte contre la tuberculose
- Accès à un examen microscopique de qualité sûre des bacilles de la tuberculose
- Un approvisionnement ininterrompu de médicaments de qualité et authentifiés
- Un traitement à courte durée normalisée et l'observation directe de l'absorption des médicaments
- Un Système d'enregistrement et de notification pour le suivi et l'évaluation des interventions

14. Jusqu'à 2003, la stratégie avait été mise en œuvre dans 33 pays, avec différents niveaux de couverture. 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.

Impact de la lutte contre la tuberculose sur les objectifs de l'OMS pour 2005 et les Objectifs de développement du Millénaire

15. Par les résolutions émanées des Assemblées mondiales de la santé, l'OMS a demandé aux États membres d'accorder « une haute priorité à la lutte contre la tuberculose » ; elle s'est aussi fixée comme objectif de dépister 70% des cas et de traiter 85% d'entre eux (WHA44.8 de 1991) ; elle a recommandé la mise en œuvre de la Stratégie DOTS comme instrument de lutte (WHA46.36 de 1993) ; elle les a exhortés à parvenir à un engagement envers un financement durable du Plan global 2006-2015, dont l'objectif est d'atteindre les Objectifs du Millénaire (WHA58.14).

16. Ces recommandations ont été appuyées par des *résolutions du Comité directeur de l'OPS*, dont la résolution CD39.R20 qui a déclaré la tuberculose comme « priorité

⁷ Murray CJL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in Developing Countries : burden, intervention and cost. Bull Int Union Tuberc Lung Dis, 1990, 65:2-20.

⁸ DOTS: Un guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculose recommandée par l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé (OMS/CDS/CPC/TB/ 99.270).

sanitaire », a convoqué et a engagé les gouvernements des pays à accorder la priorité à la lutte contre cette maladie.

Situation de la Région des Amériques au regard des Objectifs de développement du Millénaire

17. L'Objectif 6 de développement du Millénaire : « Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies » fixe les buts et indicateurs suivants pour la tuberculose :

18. Objectif 8 : 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'OMS⁹, le taux d'incidence dans les Amériques a commencé à chuter en 1990, passant de 66 à 43 pour 100 000 habitant en 2003. Il faut noter également que cette réduction est limitée dans les pays où le programme de lutte accuse des déficiences.

19. Indicateur 23 : D'ici à 2015, avoir réduit de moitié le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité due à cette maladie.

- En l'an 2003, le tableau était le suivant dans la région :

	<u>Ligne de base</u> <u>(1990)</u>	<u>2003</u>	<u>Objectif (2015)</u>
Prévalence de TB*	100	58	50
Mortalité de TB*	10	6	5

* Taux par 100 000 habitants

20. Bien que la Région des Amériques soit au seuil de l'atteinte des cibles fixées dans les Objectifs du Millénaire, il devrait être entendu que les présents résultats ont été essentiellement obtenus dans les pays à revenus élevés et moyens disposant de programmes nationaux de tuberculose fructueux et bien structurés, dans lesquels une réduction constante de leurs indicateurs a été enregistré. La réduction requise pour atteindre cet indicateur de 2003 à 2015 dépendra des pays à revenus moyens et faibles et affectés par un taux élevé de prévalence et de charge de la tuberculose. Quelques-uns de ces pays sont bouleversés par l'instabilité politique et sociale, la pauvreté et la propagation rapide du VIH/SIDA. On s'attend à ce que cet indicateur soit pris en charge par la mise en œuvre du Plan stratégique régional.

⁹ Voir note 3 plus haut.

21. Indicateur 24 : *Dépister 70% des nouveaux cas bacillifères et traiter avec succès 85% de ces cas dans le cadre de la stratégie DOTS.*

- Jusqu'à 2003, les Amériques avaient dépisté 76% de cas contagieux, dont seulement 50% l'avaient été à la lumière de la stratégie DOTS. Environ 81% de ces cas avaient été traités avec succès

22. On estime que d'ici la fin de 2005, la cible de traitement aura été atteinte et notification sera faite de 70% des cas dans le cadre de la stratégie DOTS, grâce à l'expansion de cette stratégie dans les États membres.

23. L'analyse des données permet de conclure que bien que les grands progrès réalisés de 1996 à 2003 doivent être protégés; certains travaux demeurent inachevés et d'autres sont en suspens; cependant, le Programme régional de tuberculose, conjointement avec les programmes nationaux des États membres, se focalisera sur les politiques de contrôle durant la période 2005-2015 (Plan stratégique régional) vers l'atteinte des buts suivants :

- a) **Protéger** la durabilité de l'expansion fructueuse de la stratégie DOTS en accordant la priorité aux pays à revenus moyens et faibles et hautement exposés à la tuberculose.
 - 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 des populations marginalisées au contrôle de la tuberculose.* .
 - 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** le développement des ressources humaines et accroître 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, modifier les facteurs sociaux déterminants et le caractère hétérogène de la situation de la tuberculose dans les Amériques au moyen de :
- 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 les normes universelles de soins des patients souffrant de TB, en incorporant tous les fournisseurs publics et privés de soins de santé (Initiative conjointe du secteur public et privé); la mise en œuvre d'une stratégie communautaire DOTS qui

- encourage la participation communautaire au dépistage de cas et au traitement de patients de TB.
- La mise en œuvre et/ou le renforcement de la communication sociale en vue d’obtenir la participation et la mobilisation sociale et l’engagement politique.

“Plan régional stratégique de lutte contre la tuberculose 2005 – 2015”

But

24. Le Plan stratégique régional élaboré par le Programme régional en accord avec les experts des États membres (responsables des PNT) constitue une réponse :

- à la dynamique différente de développement des pays et à l’émergence de nouveaux défis que pose la lutte contre la tuberculose. Ainsi, les interventions des pays et la coopération technique doivent se dérouler dans le cadre d’un large éventail de 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 : la pauvreté, le taux d’incidence et la charge de TB, la réponse du secteur de la santé, l’impact du VIH/SIDA et la TB-PPR.
- à la résolution WHA5614 qui vise à assurer un engagement envers un financement durable du Plan global 2006-2015, en prenant note de la nécessité de réduire la charge de la TB, la montée de la TB-PPR, le taux de morbidité et de mortalité liées à la TB/VIH, le développement des systèmes de santé et l’intégration des fournisseurs de soins de santé.

Objectif général

25. Les États membres et les partenaires élargissent et renforcent la stratégie DOTS et appliquent des initiatives prescrites dans le DOTS, notamment celles qui visent la MDR-TB et la TB associée au VIH/SIDA, en vue de réduire le taux d’incidence, de prévalence et de mortalité associée à la tuberculose.

Objectifs spécifiques

- Élargir, consolider et/ou approfondir la stratégie DOTS pour offrir un contrôle juste et de qualité à plus de 90% de la population.
- Réduire l’incidence de la TB et du VIH au sein des populations où les deux maladies sont prévalentes, en aidant à réduire la mortalité par la coinfection et à accroître le traitement anti-viral.

- Renforcer les réseaux de laboratoire de tuberculose dans les pays en vue de garantir un diagnostic opportun et de qualité, ce qui permettra d'optimiser la stratégie DOTS.
- Faciliter la mise en œuvre d'une gestion intégrée de TB-PPR dans le cadre de la stratégie DOTS/TAES (stratégie DOTS-Plus) dans les États membres.
- Encourager le recours à des stratégies de communication pour la tuberculose qui appuient la mise en œuvre, l'expansion et la qualité de la stratégie DOTS.
- Encourager l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de développement des ressources humaines dans la lutte contre la tuberculose en tant que partie intégral des plans nationaux de PTN e des activités visant à renforcer les systèmes de santé.

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 réduire le taux d'incidence de TB dans tous les pays et diminuer de 50% le taux de mortalité et de prévalence d'ici 2015 par rapport à 1990.

Lignes de travail

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

26. Cette ligne de travail vise à accélérer la couverture d'une stratégie DOTS de qualité au sein de la population des Amériques en recourant à une approche multisectorielle et en fonction de la stratification des pays selon le taux d'incidence de la tuberculose et du degré de couverture de la stratégie DOTS. Les normes universelles régissant le traitement des patients atteints de tuberculose seront adoptées dans tous les pays et de nouvelles initiatives (PAL, PPM, stratégies communautaires DOTS) seront introduites, dans la perspective de l'élimination de la TB, de la coopération horizontale entre pays et de l'incorporation de tous les fournisseurs de santé ainsi que les nouveaux partenaires.

Tableau 1. Stratification de pays par risques et par couverture de DOTS, 2005

<u>GROUPE 1</u> <u>Incidence < 25</u> <u>DOTS > 90%</u>	<u>GROUPE 2</u> <u>Incidence < 25-50</u> <u>DOTS > 90%</u>	<u>GROUPE 3</u> <u>Incidence < 50</u> <u>DOTS > 90%</u>	<u>GROUPE 4</u> <u>Incidence < 25</u> <u>DOTS > 90%</u>
<u>Caraïbe</u> <u>anglophone*</u> <u>Chili</u> <u>Costa Rica</u> <u>Cuba</u> <u>Canada</u> <u>États-unis</u> <u>Puerto Rico</u> <u>Uruguay</u> <u>Territoires</u> <u>français**</u>	<u>Argentine</u> <u>Belize</u> <u>Mexique</u> <u>Panama</u> <u>Venezuela</u>	<u>Bolivie</u> <u>El Salvador</u> <u>Guatemala</u> <u>Honduras</u> <u>Nicaragua</u> <u>Pérou</u>	<u>Rép. Dominicaine</u> <u>Haïti</u> <u>Équateur</u> <u>Brésil</u> <u>Guyana</u> <u>Paraguay</u> <u>Colombie</u> <u>Suriname</u>

* Les pays de la Caraïbe anglophone qui comptent en moyenne un nombre estimatif de 5 cas par an: Bahamas, Barbade, Dominique, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-Grenadines et Trinité-et-Tobago.

** Guadeloupe, Martinique et Guyanne française.

Mettre en œuvre et/ou renforcer les activités de collaboration entre les PNT et les PNS, notamment la surveillance de la coinfection TB/VIH.

27. Compte tenu de la gravité de l'épidémie du VIH et de la charge de la tuberculose dans les pays, des interventions à moyen terme doivent immédiatement être lancées à travers la mise en œuvre d'une gestion intégrée de la TB/VIH en matière de soins primaires et communautaires (stratégie du pas à pas), en facilitant l'accès aux médicaments antiviraux (Initiative « 3 millions d'ici 2005 ») 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.

28. La ligne de travail est conçue pour assurer que le laboratoire de tuberculose demeure une 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 régionale, 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 où le taux de prévalence de TB-PPR est élevé.

29. Cette approche vise la gestion intégrée des patients frappés de TB-PPR dans le cadre de la stratégie (DOTS-PLUS) et elle comporte l'élaboration de normes, l'achat de médicaments à travers la Commission du feu vert, le renforcement de sa gestion, la modernisation des laboratoires nationaux de surveillance des médicaments, l'interdiction de la vente sans contrôle de médicaments pour la tuberculose etc.

Fournir des encouragements et des services consultatifs pour la mise en œuvre de stratégies de communication visant à informer la population au sujet de la tuberculose et à favoriser la participation et la mobilisation communautaire.

30. Cette initiative vise fondamentalement à améliorer la qualité des soins de santé (lors des consultations médicales, des diagnostics anticipés et l'adhésion au traitement), à encourager la déstigmatisation de la maladie, la participation communautaire en vue de parvenir à une mobilisation sociale et de mener des activités la protection faisant de la lutte contre la tuberculose une priorité en matière de politiques de santé.

Appuyer les politiques de formation des ressources humaines en santé

31. Appuyer les politiques de formation des ressources humaines et de renforcement des capacités visant à accroître l'offre de services de santé de qualité qui aideront à consolider le secteur de la santé.

Ressources institutionnelles, économiques et humaines

32. La région dispose des différentes ressources ci-après :

Ressources institutionnelles

a) *Laboratoires supranationaux de référence.* La Région dispose des laboratoires suivants : Laboratoire d'État de Massachusetts, États-Unis ; Laboratoire de mycobactériologie/tuberculose, CDC, Atlanta, États-Unis ; Institut de santé publique du Chili ; Institut national des maladies infectieuses d'Argentine ; et Institut national de référence épidémiologique du Mexique.

Ces laboratoires forment le Réseau supranational de laboratoires chargés de la normalisation des techniques en vigueur, de la qualification des laboratoires nationaux, de la supervision et du suivi des Réseaux de laboratoires.

- b) *Centres de collaboration OPS/OMS*: Ils comprennent : l'Institut Pedro Kouri à Cuba ; l'Institut national des maladies respiratoires, Emilio Coni en Argentine.

Ces deux instituts fournissent 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. En 2005, ces deux instituts sont devenus membres du Réseau supranational de laboratoires.

33. Le *Centre épidémiologique de la Caraïbe (CAREC)* à Port-of-Spain, Trinité-et-Tobago 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 ; Le *Centre latino-américain et de la Caraïbe d'information en sciences de la santé (BIREME)*, à São Paulo (Brésil) 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.

- c) *Ressources financières*

34. Le Programme régional de tuberculose dispose de ses propres ressources économiques provenant du budget ordinaire de l'Organisation, ainsi que de ressources découlant de la coopération bilatérale. De surcroît, le Plan régional stratégique inclut des stratégies de mobilisation de plus larges ressources qui permettront d'accélérer la mise en œuvre de plusieurs initiatives.

35. Dans le pays, l'OPS mobilisera des ressources pour la lutte contre la tuberculose dans des pays prioritaires en recourant à ses propres fonds provenant de la coopération bilatérale et multilatérale.

36. Par le truchement du *Fonds mondial contre le SIDA, la tuberculose et la malaria (GFATM)* selon le sigle en anglais), à cette date, onze pays de la région ont pu avec succès soumettre leurs propositions relatives à la lutte contre la tuberculose et obtenir près de EU\$ 83 millions pour la période 2003-2009. Le tableau 2 montre les projets approuvés.

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	Total des projets
Bolivie	juil 2004-Juil 2006	2 381 646	5 688 896
Équateur	signature en suspens		16.353.319
El Salvador	oct 2003-Oct 2005	1 918 344	3.373.959
Guyana	signature en suspens		1.351.730
Haïti	juin 2004-Juin2006	8 131 836	14.665.170
Honduras	mai 2004-Mai 2005	3 790 500	6.597.014
Nicaragua	oct 2003-Oct 2005	1 271 820	2.853.065
Panama	fév 2003-Fév 2005	440 000	570.000
Paraguay	oct 2004-Oct 2006	1 194 902	2.799.545
Pérou	nov 2003-Nov 2005	20 153 818	24.228.179
République dominicaine	août 2004-Août 2006	2 636 816	4.611.816

Ressources humaines : Assistance au Programme régional de tuberculose

37. Un Comité technique consultatif sera constitué cette année 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 de tuberculose, 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, Mexique et Pérou).

Partenaires et mobilisation de ressources

38. Des efforts sont en cours dans la région des Amériques pour créer le « Partenariat Halte à la TB » lequel comprendra les partenaires techniques, financiers et sociaux qui mènent des activités dans la région. L'OPS se consacrera activement à incorporer de nouveaux membres et partenaires potentiels. Ce Comité aura pour tâche d'assurer un engagement régional envers la mise en œuvre du Plan régional stratégique, à savoir la mobilisation de ressources, la recherche la recherche d'un compromis politique et social, la mise au point de stratégies et la coordination des efforts entre les membres. Un

ambassadeur de la tuberculose sera désigné et il aura pour fonction publique de faire la promotion devant la société de la lutte contre la tuberculose dans les Amériques.

39. L'OPS appuie l'installation de Comités *Halte à la TB* à l'échelle nationale. En 2004, le Mexique et le Brésil ont lancé en 2004 leurs partenariats nationaux Halte à la TB.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

40. Le Conseil directeur est invité à examiner la résolution, ci-jointe, proposée par le Comité exécutif.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Buenos Aires, Argentine, 20-24 juin 2005

CD46/18, Rév. 1 (Fr.)
Annexe

RÉSOLUTION

CE136.R7

STRATÉGIE RÉGIONALE DE CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE POUR 2005-2015

LA 136^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document « Stratégie régionale de contrôle de la tuberculose pour 2005-2015 » (document CE136/17);

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution dans l'esprit de ce qui suit :

LE 46^e CONSEIL DIRECTEUR,

Reconnaissant que, même si elle est évitable et curable, la tuberculose demeure un important problème de santé publique dans les Amériques du fait que chaque année elle est responsable de plus de 230 000 cas et de 53 000 décès;

Considérant la diversité de la situation épidémiologique des États Membres, ainsi que les différentes caractéristiques de leurs systèmes de santé et les niveaux de développement de leurs programmes nationaux de tuberculose;

Consciente que le contrôle de la tuberculose est confronté à des défis tels que la coinfection TB/VIH, la tuberculose polypharmacorésistante et la réforme du secteur de la santé;

Considérant que la stratégie internationalement reconnue de contrôle de la tuberculose est le « traitement de brève durée sous surveillance directe » (DOTS), qui a atteint une couverture de 78% de la population des Amériques en 2003 et qui fait des grands progrès dans la détection et le traitement des cas de tuberculose;

Considérant le besoin d'intensifier les efforts pour atteindre les indicateurs et les objectifs pour la tuberculose établis par l'initiative « Stop TB » de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que ceux s'inscrivant dans le cadre des Objectifs de développement contenus dans la Déclaration du Millénaire établis pour l'an 2015; et

Reconnaissant la résolution 58.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé « Financement durable pour la prévention et le contrôle de la tuberculose, »

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) confirmer le contrôle de la tuberculose en tant que programme prioritaire de santé et élargir, améliorer ou maintenir l'exécution de la stratégie DOTS;
 - b) considérer le plan régional lors de la formulation des plans nationaux, dans l'objectif de préserver les acquis récents et d'atteindre les objectifs de développement liés à la santé et convenus internationalement de la Déclaration du Millénaire d'ici 2015;
 - c) renforcer les systèmes de santé pour exécuter et renforcer les stratégies de contrôle de la tuberculose polypharmacorésistante, incluant DOTS Plus, afin d'améliorer la collaboration entre les programmes de tuberculose et de VIH/SIDA;
 - d) encourager la collaboration entre les secteurs public et privé, la société civile, les organismes des Nations Unies et autres parties prenantes concernées, ainsi qu'envisager la formation de partenariats nationaux « Stop TB » afin de maintenir et d'accroître le soutien aux programmes nationaux de tuberculose;
 - e) allouer les ressources financières et humaines nécessaires au contrôle de la tuberculose de sorte que les malades de tuberculose aient accès à la norme universelle de soins basée sur un diagnostic, un traitement et une notification appropriés, cohérents avec la stratégie DOTS.
2. De demander à la Directrice de :

- a) consolider et renforcer l'engagement de l'OPS à appuyer l'expansion et la durabilité de la stratégie DOTS dans la Région;
- b) coopérer sur le plan technique avec les pays pour attaquer les nouveaux défis posés par la tuberculose;
- c) encourager des partenariats avec les secteurs public et privé et les organismes techniques et financiers qui travaillent au contrôle de la tuberculose pour appuyer les partenariats « Stop TB » dans les Amériques;
- d) améliorer la formulation et la mise en œuvre de stratégies intégrales de santé publique pour le contrôle de la tuberculose à l'aide de l'allocation de ressource, du partage des expériences et du développement d'outils d'évaluation.

- - -