



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITE REGIONAL

WPR/RC58/7

Cinquante-huitième session
Jeju (République de Corée)
10–14 septembre 2007

27 juin 2007

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 11.2 de l'ordre du jour provisoire

LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LA TUBERCULOSE

Les résultats encourageants obtenus contre la tuberculose ont permis de progresser vers les objectifs que le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental s'est fixés en 2000 lors de sa cinquante et unième session et d'atteindre les cibles définies en matière de prévention, de soins et de traitements contre le VIH/sida.

La Région du Pacifique occidental fut la seule des Régions de l'OMS à atteindre les objectifs mondiaux de 2005 contre la tuberculose. En élaborant le *Plan stratégique régional Halte à la tuberculose 2006–2010*, elle vise à atteindre l'objectif final, à savoir parvenir avant 2010 à réduire de moitié la prévalence de la tuberculose et la mortalité qui lui est imputable, par rapport aux chiffres de l'année 2000. La lutte contre la tuberculose multirésistante est l'une des principales activités de l'OMS.

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » étant arrivée à son terme en 2006, le programme de lutte contre le VIH s'efforce maintenant d'assurer l'accès universel aux soins et aux traitements. Même si l'on est parvenu ces dernières années à réduire les lacunes dans ce domaine, on s'attend à une augmentation rapide du nombre de malades qui commenceront une thérapie.

Le cadre régional de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH, publié en 2004, sera actualisé en 2007. Compte tenu des taux élevés de létalité parmi les individus co-infectés, il est indispensable que l'on applique rapidement la politique du dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour réduire les retards dans les diagnostics et les nouveaux algorithmes de dépistage de la tuberculose pour diagnostiquer les cas à frottis négatif, que

l'on mène des actions spécifiques pour accélérer les traitements et les soins dans les cas de co-infection et que l'on prenne des mesures efficaces contre les infections dans les établissements de soins.

Le présent document est soumis pour information au Comité régional qui pourra en débattre lors de sa cinquante-huitième session.

1. SITUATION

1.1 Progression vers les objectifs régionaux de lutte contre la tuberculose

Dans la Région du Pacifique occidental, l'année 2006 restera une année mémorable pour la lutte antituberculeuse. En effet, la Région a atteint les objectifs mondiaux de 2005 contre la tuberculose, et elle est la seule à y être parvenue. Le *Plan Stratégique régional Halte à la tuberculose 2006–2010*, conçu comme un parcours à suivre pour atteindre l'objectif final, à savoir parvenir avant 2010 à réduire de moitié la prévalence de la tuberculose et la mortalité qui lui est imputable, par rapport aux chiffres de l'année 2000, a été adopté en septembre 2006 par le Comité régional du Pacifique occidental, à l'occasion de sa cinquante-septième session.

La tuberculose reste un problème majeur de santé publique dans la Région. En 2005, la dernière année pour laquelle nous disposons de statistiques, les pays et les territoires ont notifié au total 1,4 million de nouveaux cas de tuberculose, parmi lesquels 672 000 nouveaux cas pulmonaires à frottis positif, ce qui représente 78 % de l'estimation des cas incidents à frottis positif. On estime qu'un quart de la charge mondiale de tuberculose multirésistante se localise dans la Région où, à elle seule, la Chine a recensé 140 000 cas.

En mars 2007, l'OMS a organisé la quatrième réunion des directeurs de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et des directeurs de laboratoires pour la tuberculose, à laquelle ont participé sept des pays de la Région les plus touchés¹ et le pays hôte, la Malaisie. Les participants ont fait le point sur l'état d'avancement de la lutte antituberculeuse par rapport aux objectifs de 2010 et ont identifié les domaines qui doivent bénéficier d'un renforcement des activités voire être classés prioritaires pour que l'on puisse obtenir les résultats souhaités.

1.2 Progression dans la prévention du VIH/sida, les traitements et les soins

A l'issue de l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 », 19 % des personnes touchées étaient sous traitement antirétroviral dans les pays de l'Asie de l'Est, du Sud-Est et du Sud. Au cours de la réunion de haut niveau organisée sur le VIH/sida par l'Assemblée générale des Nations Unies pendant sa session de 2006, les Etats Membres sont convenus de tout mettre en oeuvre pour progresser vers

¹ Cambodge, Chine, République démocratique populaire lao, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines et Viet Nam.

l'objectif qui prévoit d'assurer en 2010 «l'accès universel aux services de prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien ».

On estime qu'à la fin de 2006, 1,3 million de personnes vivaient avec le VIH dans la Région du Pacifique occidental et que cette année-là, le virus a tué près de 80 000 personnes. Malgré un certain succès dans l'extension des interventions de prévention, l'épidémie continue de se propager. Selon les estimations, 167 000 nouveaux cas d'infection par le VIH se sont déclarés dans la Région en 2006. La transmission des infections à VIH par les rapports hétérosexuels non protégés reste prédominante dans plusieurs pays de la Région. Le Cambodge a circonscrit la propagation du VIH chez les adultes grâce à de multiples interventions intensives de prévention, parmi lesquelles la mise en oeuvre du programme « Le préservatif tout le temps ». D'autres pays étendent ce programme, notamment la Chine, la République démocratique populaire lao, la Mongolie, les Philippines et le Viet Nam. La consommation de drogues par injection est à l'origine de la plupart des cas d'infections à VIH signalés en Chine, en Malaisie et au Viet Nam. Ces dernières années, on a constaté une réorientation de la politique de ces pays en faveur de principes de prévention plus rigoureux comme l'extension des programmes d'échange des aiguilles et des seringues et des traitements d'entretien par la méthadone.

La tendance encourageante à la hausse des thérapies antirétrovirales se poursuit. A la fin de l'année 2006, le Cambodge permettait à 20 131 patients (parmi lesquels 1787 enfants) de bénéficier d'une thérapie antirétrovirale. La couverture de ces thérapies dans les autres pays de la Région varie de 11 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée à près de 20 % au Viet Nam et à 27 % en Chine.

1.3 Lutte contre la co-infection tuberculose-VIH : deux maladies, un patient

On estime qu'en 2005, dans la Région du Pacifique occidental, 1 % des cas incidents de tuberculose chez les adultes étaient infectés par le VIH, un faible pourcentage qui dissimule une grande hétérogénéité dans la répartition des cas d'un pays à l'autre. La co-infection tuberculose-VIH est particulièrement préoccupante en Papouasie-Nouvelle-Guinée (où l'on estime que près de 10 % des cas de tuberculose sont infectés par le VIH), au Cambodge (malgré le déclin de l'épidémie d'infections à VIH depuis 1997, la prévalence des co-infections s'est maintenue aux environs de 11 %), au Viet Nam (où la prévalence des co-infections est proche des 4 %) et en Malaisie (la prévalence mesurée des co-infections est de 8 % parmi les 70 % de patients tuberculeux qui ont accepté un dépistage du VIH). Au Viet Nam, l'épidémie d'infections à VIH est probablement responsable de la persistance du nombre cas de tuberculose, malgré l'efficacité de la lutte. Alors que le Cambodge et certaines régions du Viet Nam où la prévalence est élevée ont bien progressé dans la

mise en oeuvre d'actions concertées de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH, d'autres pays doivent renforcer ces activités et mettre en place un dispositif et un plan formellement structurés.

L'OMS et le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique ont organisé conjointement la réunion sur la co-infection tuberculose-VIH dans le Pacifique en août 2006. Réunissant des représentants de tous les pays et territoires insulaires du Pacifique, ainsi que des partenaires du Pacifique, cette manifestation a mis en lumière la nécessité de renforcer les politiques de lutte contre le VIH, la tuberculose et la co-infection tuberculose-VIH. Les participants sont convenus de faire le point sur les politiques nationales existantes qui portent sur les cas de co-infection et, selon le cas, d'intégrer la lutte contre la co-infection tuberculose-VIH dans les politiques existantes ou d'élaborer des politiques nationales et des directives opérationnelles, dans l'esprit des cadres d'action régionaux et mondiaux.

Le cadre régional de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH, intitulé *Tuberculose et VIH : Un cadre d'action pour enrayer la co-infection tuberculose-VIH dans la Région du Pacifique occidental*, publié en 2004, sera actualisé en 2007 pour prendre en compte les avancées et les données récentes de la Région. Dans les milieux où les taux de létalité sont supérieurs à 20 %, il est urgent de mettre en oeuvre la politique de dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour réduire les retards dans les diagnostics du VIH, les nouveaux algorithmes de dépistage de la tuberculose pour diagnostiquer les cas à frottis négatif et réduire les retards dans les diagnostics de la tuberculose, de mener des actions spécifiques pour accélérer les traitements et les soins dans les cas de co-infection et de prendre des mesures efficaces contre les infections dans les établissements de soins.

2. ENJEUX

2.1 Tuberculose

2.1.1 *Nécessité d'améliorer l'accès au traitement de brève durée sous surveillance directe*

Bien que la couverture du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) soit de 100 %, de nombreux patients tuberculeux doivent surmonter d'importants obstacles pour accéder aux services DOTS. Ce problème se pose tout particulièrement aux pauvres, aux populations vulnérables et à ceux qui s'adressent au secteur privé ou à d'autres centres de soins antituberculeux n'appartenant aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Ceux-ci intensifient leurs actions pour résoudre

ces problèmes. Les Philippines et, dans une certaine mesure, le Viet Nam et le Cambodge, incitent le secteur privé à favoriser l'accès aux soins contre la tuberculose et à en améliorer la qualité. La Chine a lancé une initiative d'envergure pour combler les besoins de ses populations migrantes. La Mongolie collabore avec les autorités carcérales à la prise en charge des cas de tuberculose dans les prisons, et le Viet Nam centre sa lutte antituberculeuse sur les populations incarcérées. De nombreux pays de la Région ont également mis en place des programmes DOTS à assise communautaire pour rendre ces services plus facilement accessibles.

L'OMS, en collaboration avec l'Institut coréen de la tuberculose, a organisé en décembre 2006 un cours de perfectionnement sur le partenariat public-privé dans la stratégie DOTS et la tuberculose multirésistante. Les participants étaient des représentants du pays d'accueil, la République de Corée, et des sept pays de la Région supportant une lourde charge de tuberculose. En juillet 2006, l'OMS a organisé un atelier sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale aux Philippines. Ce thème « sensibilisation, communication et mobilisation sociale » est présenté comme une stratégie visant à sensibiliser l'opinion pour qu'elle cherche à être en meilleure santé, à responsabiliser et à mobiliser les personnes touchées et leurs communautés pour qu'elles prennent une part plus active dans les efforts déployés pour obtenir un accès plus équitable aux services antituberculeux.

2.1.2. Nécessité de parer à la menace latente de la tuberculose multirésistante

L'une des principales activités de l'OMS en 2006-2007 a consisté à aider certains pays à mettre en place l'infrastructure nécessaire pour gérer les programmes de lutte contre la tuberculose multirésistante. Le renforcement du réseau de laboratoires et des moyens des laboratoires est une étape préalable indispensable pour parvenir ensuite à prendre en charge les cas de tuberculose multirésistante. Le premier cours régional sur la tuberculose multirésistante organisé en République de Corée, a réuni des participants du pays hôte et des sept pays de la Région supportant une lourde charge de tuberculose. En collaboration avec le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, le Bureau régional du Pacifique occidental a organisé en octobre 2006 à Beijing un cours sur les laboratoires de la tuberculose, dans le but d'améliorer les compétences techniques et les aptitudes d'encadrement des directeurs des laboratoires de la tuberculose de la région Asie-Pacifique. Des consultants de l'OMS ont effectué plusieurs visites en Chine, en Mongolie et aux Philippines pour appuyer la préparation et la mise en oeuvre de la stratégie de prise en charge de la tuberculose multirésistante.

Les Philippines, premier site de mise en place du projet DOTS-Plus, ont bien progressé dans l'extension des activités de lutte contre la tuberculose multirésistante, menées dans le cadre de leur programme national de lutte antituberculeuse. La Chine, où la tuberculose multirésistante a atteint un

niveau alarmant dans certaines zones, a élaboré un plan national pour expérimenter et étendre ces activités. Le Viet Nam planifie actuellement sa stratégie en suivant le même scénario, tandis que le Cambodge et la Mongolie en sont aux premiers stades d'application.

En 2006, de nouveaux rapports ont circulé sur des cas de tuberculose à bacilles ultrarésistants et ont été confirmés aux Philippines et en République de Corée. Il est extrêmement urgent de prévenir ces cas de tuberculose ultrarésistante, en premier lieu grâce à une bonne application du programme DOTS et, en second lieu, en appliquant effectivement les programmes conçus pour diagnostiquer et traiter les cas de tuberculose multirésistante.

2.1.3 Nécessité de maintenir les niveaux nécessaires d'engagement et de financement

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme reste une source précieuse de financement pour les programmes de lutte antituberculeuse. Avec l'aide indéfectible de l'OMS dans la préparation des propositions, tous les pays supportant une lourde charge de tuberculose ont bénéficié de subventions accordées par le Fonds mondial. Le Fonds mondial a ainsi approuvé 13 projets de lutte antituberculeuse pour un montant total de 260 millions de dollars. Pourtant, même si sa contribution est très importante, il couvre moins de 10 % des ressources nécessaires à la lutte antituberculeuse dans la Région. Plus de la moitié des ressources nécessaires sont obtenues sur le budget des gouvernements. Les Etats Membres doivent continuer à accorder une place prioritaire à la lutte antituberculeuse et augmenter davantage leurs investissements dans ce domaine.

L'OMS a aidé à la préparation de propositions techniquement viables et très détaillées. Elle soutient de plus en plus la mise en oeuvre des activités financées par le Fonds mondial, en participant au groupe de travail technique des dispositifs de coordination des pays et en détachant du personnel et des consultants pour assurer une assistance technique.

2.1.4 Nécessité d'améliorer la surveillance, le suivi et l'évaluation.

Les experts de la tuberculose et les directeurs de programmes nationaux de lutte antituberculeuse ont fait part de leurs préoccupations concernant la précision des estimations publiées dans le Pacifique. En juillet 2006, l'OMS a organisé un atelier sur l'estimation de la charge de morbidité due à la tuberculose dans 20 pays et territoires insulaires du Pacifique, premier atelier du genre dans le Pacifique. Les meilleures estimations découlant de cet atelier seront incorporées dans la base de données de l'OMS et mises à jour chaque année.

Avec l'importance accrue donnée à la mesure du degré d'application du programme de lutte antituberculeuse et à l'évaluation de son impact, la nécessité de principes directeurs sur les enquêtes de prévalence est devenue de plus en plus évidente. Le Bureau régional du Pacifique occidental a montré la voie en élaborant des principes directeurs internationaux pour la normalisation des méthodes et des procédures à suivre dans les enquêtes de prévalence de la tuberculose. Des experts ont discuté de la première ébauche de ces principes au cours d'un atelier qui a eu lieu en février 2007.

Depuis l'adoption du *Plan stratégique régional Halte à la tuberculose 2006–2010*, plusieurs pays ont actualisé leurs plans nationaux pour durcir les mesures de lutte contre la tuberculose multirésistante et l'épidémie de co-infection tuberculose-VIH et ils ont intégré ces plans dans les propositions de la septième série de propositions pour le Fonds mondial. Au cours de la période 2006–2007, l'OMS a participé ou a dirigé des études externes conjointes des programmes nationaux de lutte antituberculeuse au Cambodge, en Chine et au Viet Nam.

2.2 VIH/sida

2.2.1 Nécessité d'étendre l'accès à des soins et à des traitements efficaces contre le VIH

L'accès aux traitements anti-VIH continue de s'élargir mais il reste à surmonter des obstacles importants avant qu'il ne devienne universel. Parvenir à cet accès universel d'ici à 2010 suppose d'augmenter fortement chaque année le nombre de personnes commençant ces traitements. Même si le fossé diminue depuis quelques années, les personnes vivant actuellement avec le VIH/sida évolueront vers une infection à VIH symptomatique et finiront par demander un traitement. La thérapie antirétrovirale devant être suivie à vie, elle implique une lourde charge pour des systèmes de santé déjà fortement sollicités et en proie à des problèmes de pérennisation des ressources humaines et financières.

Une plus grande importance doit être accordée à l'équité dans l'accès aux services, notamment l'accès des consommateurs de drogues par injection et d'autres groupes marginalisés. Ainsi, en Chine, où près de 50 % des cas d'infection à VIH sont liés à la consommation de drogues par injection, ce groupe représente moins de 2 % des patients qui suivent une thérapie antirétrovirale. On ne dispose que de vagues estimations sur le nombre de patients issus des groupes les plus vulnérables qui suivent une thérapie antirétrovirale, dans la mesure où les données nationales collectées régulièrement ne sont pas décomposées par nombre de consommateurs de drogues injectables, de prostitué(e)s ou d'hommes entretenant des rapports homosexuels.

2.2.2 Nécessité d'étendre la couverture des programmes de prévention du VIH

Les femmes enceintes porteuses du VIH risquent de transmettre le virus à leurs nourrissons au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement. Sans intervention, 20 à 45 % des nourrissons risquent de se trouver infectés. Selon les estimations, à la fin de l'année 2006, 22 000 enfants dans la Région vivaient avec le VIH. Les taux de couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant sont encore relativement bas dans des pays comme le Cambodge et la Papouasie-Nouvelle-Guinée (où l'épidémie est généralisée), la Chine, la Malaisie et le Viet Nam (où l'épidémie est concentrée dans certains groupes) et varient de 1 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée à 10 % en Malaisie.

Le secteur de la santé doit redoubler d'efforts pour faciliter l'accès des populations les plus vulnérables aux services de prévention, notamment en menant des campagnes de proximité plus efficaces. Sur la base de la *Stratégie birégionale pour la réduction des méfaits 2005–2009 – VIH et consommation de drogues par injection*, une assistance technique a été apportée dans la collecte des données (évaluation rapide et action en Malaisie, en Mongolie et aux Philippines), dans l'élaboration de directives régionales et nationales sur le traitement d'entretien par la méthadone et sur les programmes d'échange des aiguilles et des seringues, en particulier dans des mesures de réduction des méfaits dans des milieux fermés. Malgré la tendance encourageante à l'application de programmes de grande envergure de réduction des méfaits en Chine, en Malaisie et au Viet Nam, la couverture des interventions de prévention auprès des consommateurs de drogues par injection reste très insuffisante dans l'ensemble de la Région. Moins de 5,4 % des consommateurs de drogues par injection bénéficient des services de prévention du VIH. Ces services doivent donc être étendus à une échelle suffisante pour avoir un impact majeur sur la transmission du VIH.

L'OMS continue de fournir un appui technique dans les interventions menées auprès des prostitué(e)s et de leurs clients. En 2006, des ateliers de formation sur l'initiative Le préservatif tout le temps ont été organisés en Chine, en République démocratique populaire lao, en Mongolie et aux Philippines. Une réunion birégionale OMS/FNUAP sur l'extension de l'initiative Le préservatif tout le temps a eu lieu à Manille en octobre 2006.

A la suite d'une réunion régionale qui a eu lieu aux Fidji en novembre 2005, une assistance technique a été apportée aux pays insulaires du Pacifique pour appuyer les campagnes de prévention et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). L'expertise en matière de prévention et de lutte contre les IST a été renforcée à l'échelon régional, en vue de la mise en oeuvre

de la *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles - 2005–2010* adoptée par l’OMS.

2.2.3 Nécessité de combattre les autres infections sexuellement transmissibles

On a constaté une prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles dans plusieurs pays, et même dans des groupes à faible risque. À Fidji par exemple, 29 % des femmes enceintes se sont révélées positives lors du dépistage des infections à Chlamydia réalisé dans le cadre d’une enquête, en 2005. La Chine a signalé une résurgence des IST. La syphilis, que l’on avait déclaré disparue du continent chinois pendant deux décennies jusqu’en 1980, est actuellement en réémergence et le nombre de cas a été multiplié par cinq entre 1993 et 2005 chez les adultes et a augmenté de 72 % chez les nouveau-nés.

2.2.4 Nécessité de développer les systèmes de surveillance du VIH

Il est essentiel d’améliorer les informations stratégiques et la connaissance de l’épidémie de VIH/sida, tant au niveau national que régional, pour orienter la planification, la prise de décision, la mise en place des interventions et la responsabilisation du secteur de la santé face à ce fléau. Les informations transmises par les systèmes de surveillance du VIH ont été décisives dans les campagnes de plaidoyer et dans les décisions politiques pour identifier les mesures de prévention prioritaires. Elles ont permis de disposer de données fiables sur les besoins en matière de soins et de traitement. En 2000, l’ONUSIDA et l’OMS ont lancé la méthode de surveillance du VIH de deuxième génération pour améliorer les pratiques en cours. Ainsi, le Cambodge, la Chine, la Mongolie, les Philippines et le Viet Nam ont mis en place des systèmes de surveillance couvrant l’ensemble de leur territoire. D’autres appliquent partiellement la méthode de surveillance du VIH de deuxième génération. La République démocratique populaire lao a réalisé deux cycles de surveillance de deuxième génération et sept pays insulaires du Pacifique (Fidji, Kiribati, Samoa, îles Salomon, Tonga, Tuvalu et Vanuatu) ont mené à bien leur premier cycle. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a considérablement progressé mais se trouve toujours confrontée à de graves difficultés dans le suivi précis de l’épidémie. En Malaisie, la surveillance repose essentiellement sur la notification des cas et la détection des nouveaux cas grâce aux campagnes de dépistage.

2.3 Co-infection tuberculose-VIH

Dans la Région du Pacifique occidental, la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux a été estimée par modélisation à 1 %. Selon diverses sources, elle était de 11 % au Cambodge, 10 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée, 8 % en Malaisie, 3 % au Viet Nam, moins de 1 % en Chine et aux

Philippines. Il faut renforcer la surveillance du VIH auprès des malades tuberculeux pour mieux suivre les tendances.

Le secteur de la santé devrait accorder une grande priorité aux mesures permettant aux patients tuberculeux de bénéficier de services de conseils et de dépistage du VIH. Selon les besoins et lorsque les ressources le permettent, des tests de dépistage du VIH devraient être offerts à tous les patients atteints de la tuberculose (dépistage du VIH à l'initiative du soignant). Certaines données montrent que depuis 2003, le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et la détection des co-infections tuberculose-VIH ont été multipliés par trois. Pourtant, la couverture globale des services de dépistage du VIH et de conseils est encore très insuffisante dans la Région. Dans la mesure où les patients tuberculeux sont déjà inscrits dans le système de soins de santé, cela représente une occasion manquée de prévention du VIH, de traitement et de soins. De même, tous les patients identifiés comme porteurs du VIH devraient bénéficier d'un dépistage de toutes les formes de la tuberculose, dans le cadre de leur suivi médical systématique, pour garantir la mise en place rapide d'un traitement adapté.

3. MESURES PROPOSEES

Les actions des Etats Membres proposées ci-dessous sont soumises à l'examen du Comité régional :

Contre la tuberculose

- (1) Maintenir et optimiser la qualité des programmes DOTS, le bon fonctionnement des réseaux de laboratoires et améliorer les moyens diagnostiques grâce à la mise en place de programmes d'assurance de la qualité. Les principaux volets de la stratégie DOTS doivent être intensifiés pour parvenir à détecter un plus grand nombre de cas et augmenter les taux de guérison.
- (2) La prise en charge des cas de tuberculose multirésistante dans les programmes doit être étendue d'urgence pour que l'on parvienne à garantir des diagnostics de qualité et à traiter les cas de tuberculose multirésistante.
- (3) Pour offrir à chacun un accès équitable à des soins antituberculeux de grande qualité il conviendra d'apporter une attention particulière aux populations migrantes, aux pauvres et aux autres groupes vulnérables. Les campagnes de sensibilisation doivent être jugées prioritaires

pour favoriser les politiques qui défendent l'accès équitable de tous aux services antituberculeux.

Contre le VIH/sida

- (1) Les services de prévention et de traitement doivent être étendus. En particulier, le secteur de la santé doit redoubler d'efforts pour assurer ou améliorer l'accès des populations les plus vulnérables à des services de prévention bien ciblés. Il s'agira notamment de la prise en charge des IST, de l'application du programme Le préservatif tout le temps et des campagnes de proximité, des services de réduction des méfaits en faveur des consommateurs de drogues par injection et de mesures de prévention positives pour les personnes vivant avec le VIH.
- (2) Le secteur de la santé doit étendre son action de dépistage du VIH et de conseil en créant des services de dépistage et de conseil à l'initiative du soignant et continuer d'élargir les services de dépistage volontaire et de conseils à l'initiative du patient.
- (3) Compte tenu de l'augmentation du nombre de patients qui bénéficient d'une thérapie antirétrovirale, il conviendra de prêter une attention particulière à la durée des protocoles thérapeutiques, et notamment aux problèmes liés à la toxicité des médicaments, à la prévention, à la surveillance et au suivi de la pharmacorésistance du VIH ainsi qu'à l'élaboration de traitements efficaces de deuxième intention.
- (4) Il sera nécessaire d'étoffer les informations stratégiques sur le VIH/sida, en particulier les données de surveillance, les estimations, le suivi des interventions du secteur de la santé ainsi que le suivi des co-infections tuberculose-VIH et de la co-morbidité qui en résulte.

Contre la co-infection tuberculose-VIH

- (1) Considérant les taux élevés de létalité constatés dans la Région parmi les individus co-infectés il faudra mettre en place le diagnostic précoce de ces deux affections, notamment le diagnostic des formes de tuberculose à frottis négatif, la mise en place rapide d'un traitement de soins et d'un soutien adaptés, et confier la planification, le suivi et l'évaluation de ces co-infections tuberculose-VIH à un organe de concertation national.
- (2) Des stratégies de lutte anti-infectieuse de grande ampleur doivent être mises en oeuvre dans les centres de soins pour éviter une propagation de la tuberculose chez les individus infectés par le VIH.