



**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC54/7

**Cinquante-quatrième session
Manille (Philippines)
8-12 septembre 2003**

24 juillet 2003

ORIGINAL: ANGLAIS

Point 13 de l'ordre du jour provisoire

TUBERCULOSE

Le Comité régional, à sa cinquantième session en 1999, ayant déclaré que la situation de la tuberculose était critique dans la Région du Pacifique occidental, un projet spécial Halte à la tuberculose a été mis sur pied en 2000.

Trois cibles régionales ont été fixées à l'horizon 2005 : une couverture à 100 % par le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), un taux de guérison de 85 % et un taux de dépistage de 70 %. La couverture par le DOTS est actuellement de 68 %, le taux de guérison dépasse la cible de 85 % et le taux de dépistage est de 41 %. Grâce au soutien de l'OMS et de ses partenaires, la couverture par le DOTS est en cours d'extension dans les sept pays à forte morbidité tuberculeuse. Le financement de la lutte antituberculeuse a très sensiblement augmenté par suite d'une collaboration étroite entre l'OMS et ses partenaires.

De graves problèmes subsistent. C'est ainsi que le taux de dépistage est encore loin d'être atteint. Pour y remédier, l'OMS collaborera avec les pays en vue d'améliorer la qualité des services de laboratoire, de sensibiliser davantage le public à la tuberculose, et de renforcer la coopération public-privé en vue d'étendre la couverture par le DOTS. Un autre grand défi sera de doter les pays de solides unités centrales chargées de veiller à la bonne gestion de l'aide financière. On s'attaquera également aux problèmes nouveaux et notamment à la tuberculose liée au VIH, à la tuberculose polypharmacorésistante et à la nécessité d'une plus grande coopération public-privé.

En 1999, le Conseil exécutif a prié le Directeur général d'élaborer "un plan intégré pour surveiller, évaluer et présenter les résultats aux organes directeurs". Etant donné l'accent mis sur l'évaluation des programmes au niveau mondial et vu l'importance de la lutte contre la tuberculose pour la santé publique, le Directeur régional a choisi de faire évaluer le projet spécial Halte à la tuberculose par une équipe d'évaluation externe en 2003. Cette équipe s'est félicitée de l'édification d'une assise ferme, de la collaboration accrue avec les partenaires et de la constitution d'une solide équipe tant au niveau régional qu'à celui des pays (voir Annexe).

Le présent rapport est présenté au Comité régional à des fins d'information ainsi que de discussion au cours de sa cinquante-quatrième session.

1. SITUATION ACTUELLE

On trouvera un examen détaillé de la situation de la tuberculose dans la Région dans l'*Activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental : 1^{er} juillet 2002-30 juin 2003* (pp. 40-50).

1.1 Vers l'horizon 2005

Le projet spécial Halte à la tuberculose s'est fixé trois cibles régionales pour 2005: une couverture à 100 % par le DOTS, un taux de guérison de 85% et un taux de dépistage de 70 %..

La couverture par le DOTS est actuellement de 68%, quatre (Cambodge, Mongolie, Philippines et Viet Nam) des sept pays¹ à forte morbidité tuberculeuse ayant déjà réalisé une telle couverture sur l'ensemble de leur territoire. Le taux de guérison dans la Région est régulièrement supérieur à 85 %. Toutefois, le taux de dépistage reste faible dans les pays à forte morbidité tuberculeuse. C'est ainsi qu'en 2001, il a été de 41 %, soit très en deçà de la cible de 70 %.

Un bon moyen d'observer la progression vers la réalisation de ces objectifs (et, s'il le faut, de prendre des mesures correctrices) consiste à organiser des examens conjoints des programmes nationaux de lutte antituberculeuse par des représentants des ministères de la santé et de l'OMS. En 2002, de tels examens se sont tenus en Chine et aux Philippines. Le Cambodge et le Viet Nam prévoient d'organiser des activités analogues en 2003.

1.2 Réduction du déficit de financement grâce au soutien des partenaires

Le déficit de financement² pour la période 2001–2005 dans les sept pays à forte morbidité tuberculeuse a très sensiblement diminué, passant de 40 % en 2001 à environ 10 % au début de 2003. Et cela, en grande partie grâce aux engagements pris par les principaux partenaires présents dans la Région.

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

² Le déficit de financement est la différence entre les crédits que l'OMS estime nécessaires pour atteindre les cibles du projet spécial Halte à la tuberculose et les sommes disponibles à cette fin.

En collaboration avec l’OMS, six³ des sept pays à forte morbidité tuberculeuse ont présenté des propositions au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et tous ont obtenu un soutien financier. Une proposition inter pays de lutte antituberculeuse émanant de 10 pays insulaires du Pacifique a également été approuvée par le Fonds mondial. Cela porte à US\$ 35,4 millions le total des engagements pris par le Fonds mondial pour ce qui est de la lutte antituberculeuse dans la Région en 2003-2004.

Un autre facteur important qui a contribué à réduire sensiblement le déficit de financement a été le prêt de US\$ 104 millions conjointement consenti à la Chine par la Banque mondiale et le Département du Royaume-Uni pour le développement international (DFID).

Au nombre des autres principaux partenaires présents dans la Région figurent l’Agence australienne pour le développement international (AusAID), l’Agence canadienne de développement international (ACDI), le Gouvernement du Japon et l’Agence de coopération internationale du Japon (JICA) et l’Agence des Etats-Unis d’Amérique pour le développement international (USAID).

Si un faible déficit subsiste, l’approvisionnement en médicaments, l’élément le plus indispensable à l’essor du DOTS, a été garanti dans tous les pays.

1.3 Nouveaux défis

Le projet spécial Halte à la tuberculose continue de s’attaquer aux problèmes nouveaux que posent l’action antituberculeuse tels que la tuberculose liée au VIH, la tuberculose polypharmacorésistante et la nécessité d’une plus grande coopération public-privé.

S’agissant de la tuberculose liée au VIH, l’OMS a rédigé un schéma régional pour la tuberculose/VIH dont l’un des éléments fondamentaux est le renforcement de la surveillance nationale de la tuberculose/VIH.

Face à l’élévation des chiffres de tuberculose polypharmacorésistante, la surveillance est actuellement élargie de manière à couvrir davantage de provinces, tant en Chine qu’aux Philippines.

Aux Philippines, environ un tiers des malades tuberculeux sont soignés dans le secteur privé, et des projets de resserrement de la coopération public-privé ont été mis en oeuvre dans plusieurs régions, en étroite collaboration avec la Coalition philippine contre la tuberculose. Ces projets sont

³ Cambodge, Chine, Mongolie, Philippines, République démocratique populaire lao et Viet Nam.

actuellement amplifiés avec le soutien de USAID et du Fonds mondial. Les leçons tirées de ces projets seront appliquées dans d'autres pays de la Région.

1.4 Evaluation thématique externe du projet spécial Halte à la tuberculose

En 1999, le Conseil exécutif a prié le Directeur général d'élaborer "un plan intégré pour surveiller, évaluer et présenter les résultats aux organes directeurs".⁴ En conséquence, toutes les régions de l'OMS doivent désormais entreprendre, au cours de chaque période biennale, une évaluation du degré d'efficacité de la collaboration de l'OMS avec ses Etats Membres. En février 2003, le Directeur régional a choisi de faire évaluer le projet spécial Halte à la tuberculose par une équipe indépendante. Ce choix s'explique par l'importance de ce projet pour la santé publique telle que le Comité régional l'a reconnue à sa cinquantième session en 1999, lorsque, jugeant critique la situation de la tuberculose, il a demandé au Directeur régional de créer "un projet spécial intitulé Halte à la tuberculose dans la Région du Pacifique occidental".⁵

L'évaluation externe du projet spécial a été positive et l'équipe d'évaluation s'est félicitée de l'édification d'une assise ferme pour le projet spécial Halte à la tuberculose et des succès qu'il a remportés tant au niveau régional qu'à celui des pays (Annexe). L'un des principaux résultats obtenus jusqu'ici par le projet, reconnu par l'équipe d'évaluation, a été le renforcement du soutien politique apporté par les Etats Membres et dont témoignent les plans quinquennaux élaborés dans les pays. Un autre résultat a été l'intérêt accru de l'OMS et des autres partenaires pour la lutte antituberculeuse, entraînant de sensibles augmentations du soutien financier à celle-ci. La constitution d'un Groupe consultatif technique (GCT) sur la tuberculose, l'élaboration d'un plan stratégique régional pour enrayer la tuberculose dans le Pacifique occidental et la mise en place d'une solide équipe OMS Halte à la tuberculose tant au niveau de la Région qu'à celui des pays, sont autant d'éléments qui ont contribué à la réalisation des progrès accomplis. L'équipe d'évaluation a relevé que le pourcentage de la population de la Région ayant accès au DOTS est passé de 58 % en 1998 à 68 % à la fin de 2001. Cependant, elle a vu dans le faible taux régional de dépistage un défi à relever pour l'avenir.

⁴ Résolution EB103.R6.

⁵ Résolution WPR/RC50.R5.

2. ENJEUX

2.1 Atteindre les cibles: extension du DOTS et dépistage

L'un des grands enjeux du Programme Halte à la tuberculose est de savoir comment étendre efficacement le DOTS de telle sorte que, dans la Région, sa couverture atteigne les 100 % en 2005.

On s'attend que les pays reçoivent les premiers versements du Fonds mondial avant la fin de 2003. Cela permettra d'accélérer l'application du DOTS dans les pays à forte morbidité tuberculeuse. Cependant, le grand problème sera de se doter au niveau central d'un potentiel gestionnaire qui garantisse un apport technique des programmes antituberculeux nationaux et des partenaires. C'est une impérieuse nécessité si l'on veut que les crédits du Fonds mondial soient efficacement gérés et que les résultats soient mis en évidence de façon suffisamment convaincante pour garantir la pérennité du financement.

Le taux de dépistage est particulièrement faible dans les pays à forte morbidité tuberculeuse qui, à raison de cinq sur sept, n'atteignent pas encore la cible fixée dans ce domaine. Là où le DOTS est appliqué, le taux de dépistage est beaucoup plus élevé qu'ailleurs. En 2001, par exemple, le taux de dépistage des nouveaux cas à frottis positif dans les zones appliquant le DOTS était de 54 %, contre 14 % dans les autres zones. L'élargissement du DOTS est absolument indispensable si l'on veut atteindre la cible d'un dépistage de 70 % d'ici à 2005.

Pour relever le taux de dépistage, il faut améliorer la qualité des services de laboratoire. Les lignes directrices régionales relatives à l'assurance de la qualité des examens microscopiques de crachats, publiées en mai 2003, seront adaptées aux situations propres à chaque pays. Parmi les autres moyens de relever le taux de dépistage figurent la sensibilisation de la population à la tuberculose et le renforcement de la coopération public-privé pour l'application du DOTS.

2.2 Constitution de moyens humains

Pour appuyer l'application du DOTS dans d'excellentes conditions, l'OMS a affecté du personnel spécialisé dans la lutte antituberculeuse dans cinq des sept pays à forte morbidité tuberculeuse. Toutefois, dans certains pays, il reste encore à résoudre le problème du faible potentiel de gestion à l'échelon central, particulièrement en Chine, en République démocratique populaire lao

et en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Il faudra absolument consentir des efforts soutenus pour renforcer le potentiel de gestion à l'échelon central si l'on veut étendre la couverture des programmes DOTS.

2.3 Nouveaux défis

Il faut mettre en place des systèmes efficaces de surveillance de la tuberculose/VIH dans la plupart des pays de la Région qui connaissent une augmentation de la prévalence du VIH.

C'est dans les zones où le DOTS n'est pas encore appliqué que le risque d'apparition et de transmission de la tuberculose polypharmacorésistante est le plus élevé. Pour renforcer l'application du DOTS et permettre une observation systématique de la prévalence de la pharmacorésistance, des activités d'extension du DOTS et de surveillance sont actuellement poursuivies dans toute la Région, et particulièrement en Chine où la tuberculose polypharmacorésistante constitue une menace grandissante.

Au cours de ses trois premières années d'existence, le projet spécial Halte à la tuberculose s'est polarisé sur le secteur public. L'attention doit maintenant se tourner vers le secteur privé, notamment en Chine et aux Philippines où de très nombreux malades sont soignés par des soignants du secteur privé.

3. ACTIONS PROPOSÉES

Il est proposé à l'examen du Comité régional que les Etats Membres prennent les mesures suivantes :

- (1) Mettre en forme définitive des plans d'accélération de l'application du DOTS pour 2003-2005 dans les pays à forte morbidité tuberculeuse afin d'atteindre l'objectif consistant à faire en sorte que, d'ici à 2005, 100 % des cas notifiés dans la Région soient traités par le DOTS.
- (2) Renforcer le potentiel gestionnaire à l'échelon central tout en favorisant une collaboration avec les partenaires afin d'utiliser le plus efficacement possible les sommes versées par le Fonds mondial.

- (3) Étendre la couverture du DOTS, améliorer la qualité des services de laboratoire, renforcer la sensibilisation de la population à l'égard de la tuberculose, et développer, le cas échéant, la coopération public-privé de manière à relever le taux de dépistage.

Améliorer la surveillance de la tuberculose liée au VIH et de la tuberculose polypharmacorésistante afin de faire face à la montée des problèmes de co-infection tuberculose/VIH et de tuberculose polypharmacorésistante.

Évaluation programmatique de la lutte antituberculeuse menée dans le cadre de la coopération technique de niveau national dans les pays du Pacifique occidental

20 février-1er mars et 6-15 avril 2003

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

A. Introduction : processus d'évaluation

En 1999, le Comité régional de l'OMS du Pacifique occidental a déclaré que la situation de la tuberculose était critique dans la Région. L'Initiative Halte à la tuberculose, qui relève des projets spéciaux, a été lancée en 2000. Le Directeur régional a décidé de soumettre ce Projet spécial à une évaluation programmatique en raison de la forte charge de morbidité tuberculeuse observée dans le Pacifique occidental et de l'existence d'une stratégie de lutte connue, probante et d'un bon rapport coût-efficacité, le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS). La Région compte un tiers de l'ensemble des cas de tuberculose répertoriés dans le monde, et on y recense chaque jour quelque 1000 décès imputables à la tuberculose. L'évaluation programmatique a été confiée à une équipe externe indépendante.

L'évaluation répondait aux objectifs suivants :

- (1) améliorer les performances de l'OMS, notamment en matière de coopération technique, et recueillir des informations supplémentaires sur le processus d'évaluation en lui-même ;
- (2) examiner certains aspects du projet spécial, et en particulier :
 - passer en revue les acquis du projet ;
 - analyser le rôle de l'OMS en matière de coopération technique ;
 - évaluer l'utilité de l'aide apportée aux pays ;
 - faire le point sur la coordination des activités de coopération technique ;
 - dresser un premier bilan des enseignements tirés du projet.

L'exercice avait plus particulièrement pour objet d'évaluer :

- (1) la coopération technique entre le Bureau régional et les bureaux nationaux d'une part et les pays et organismes partenaires d'autre part ;
- (2) l'efficacité, l'utilité, la pertinence et la viabilité à long terme des interventions de coopération technique de l'OMS dans certains pays ;
- (3) la coordination, à l'échelle nationale, de la coopération technique et du soutien financier dont elle bénéficie.

La mission d'évaluation s'est tout particulièrement intéressée aux sept pays les plus durement touchés par la tuberculose. L'OMS a suggéré que le Cambodge, la Chine et les Philippines fassent l'objet d'analyses approfondies dans la mesure où ces trois pays sont représentatifs des différents problèmes que pose la lutte contre tuberculose et des divers aspects qu'elle revêt.

Annexe

L'équipe externe indépendante s'est appuyée sur les résolutions adoptées entre 1999 et 2002 par le Comité régional du Pacifique occidental, tout en gardant à l'esprit le but et les objectifs d'ensemble de l'OMS. Les résolutions du Comité régional visent le renforcement de l'action menée dans chacun des cinq grands domaines d'intervention de l'Organisation.

B. Conclusions relatives à l'exécution et aux résultats du Projet spécial

(1) Cadre d'intervention, sensibilisation et financement

L'OMS a joué un rôle stratégique de premier plan en matière de sensibilisation dans la Région. Elle a su identifier et mobiliser les organismes de financement qui devaient logiquement être appelés à intervenir et orienter habilement les différents bailleurs vers des pays et des projets spécifiques.

La capacité de l'OMS à définir des buts et des objectifs précis aux fins du Projet spécial a influé sur le processus de planification et contribué à son amélioration, ce qui a permis d'attirer de nouveaux bailleurs et d'obtenir des financements supplémentaires en faveur de la lutte antituberculeuse. Les évaluations de programmes nationaux auxquelles l'OMS a pris part ont souvent été perçues comme des facteurs déclenchants qui ont donné une nouvelle impulsion aux activités de dimension nationale et provinciale.

Le Projet spécial a bénéficié dès le début du soutien du Bureau régional aux plus hauts niveaux et a pu ainsi obtenir les moyens nécessaires à l'exécution de son programme de travail.

À la suite de la déclaration de crise, un Groupe consultatif technique a rapidement été constitué. Dès sa première réunion, tenue en 2000, le Groupe a affiné et approuvé le plan stratégique régional établi par l'OMS. Les réunions annuelles du Groupe consultatif technique sont l'occasion de discuter des plans d'action quinquennaux et des déficits de financement et de passer en revue les progrès accomplis. Depuis 1999, les questions intéressant la tuberculose sont inscrites à l'ordre du jour des sessions annuelles du Comité régional, qui a adopté plusieurs résolutions sur la lutte contre la maladie, témoignant ainsi de l'intérêt prioritaire qu'il porte à ce problème.

La Conférence ministérielle sur la tuberculose et le développement durable tenue à la fin de 2000 a marqué un tournant décisif en matière de sensibilisation et de financement, pour le plus grand bénéfice des pays de la région. Par la suite, plusieurs réunions politiques régionales et nationales de haut niveau ont été organisées. Ces manifestations, auxquelles l'OMS s'est associée, ont fortement contribué à mobiliser les énergies en faveur de la lutte antituberculeuse. Les actions de sensibilisation que mène l'OMS auprès des échelons inférieurs des administrations publiques en faveur de la réforme du secteur de la santé sont tout aussi importantes.

L'OMS a facilité la création du Comité régional interinstitutions de coordination, qui siège tous les ans aux côtés du Groupe consultatif technique, et oeuvré à la mise en place de comités de coordination interinstitutions dans cinq des sept pays confrontés à une forte morbidité tuberculeuse.

L'OMS a su intervenir dès que la situation l'exigeait et a mis ses compétences au service des pays les plus gravement touchés par la tuberculose. Elle les a notamment aidés à préparer des demandes de financement destinées au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la

tuberculose et le paludisme. Tous les dossiers présentés par six des pays les plus durement touchés par la maladie et la demande de financement conjointe émanant de dix pays insulaires du Pacifique ont été retenus et une enveloppe de 35,4 millions USD a été approuvée aux fins de la lutte antituberculeuse dans la Région. En mai 2002, le déficit de financement global enregistré dans les sept pays à forte morbidité tuberculeuse avait été ramené de 40 % à 14 %.

La Journée mondiale de la tuberculose est l'un des principaux instruments de sensibilisation de l'OMS dans la Région.

(2) Coopération technique (les domaines de coopération spécifiques sont indiqués par des puces)

L'action de l'OMS en matière d'assistance technique et de conseil a été saluée et a contribué à renforcer la cohérence des activités de lutte antituberculeuse mises en oeuvre dans la Région. Les agents de l'OMS ont su prodiguer aux pays des conseils avisés, en leur témoignant amitié et encouragements. De son côté, l'Organisation a rendu hommage à l'action menée dans le cadre des programmes nationaux de lutte antituberculeuse et aux efforts des organismes partenaires et s'est félicitée des résultats obtenus.

➤ *Expansion du programme DOTS dans le contexte de la réforme du secteur de la santé et de la pauvreté*

L'OMS fournit une assistance technique de toute première qualité au titre du Projet spécial. Ce dernier contribue dans de nombreux pays au bon déroulement des activités visant l'expansion rapide du programme DOTS. L'Organisation a notamment :

- préparé un premier plan stratégique régional sur l'expansion du programme DOTS, assorti d'objectifs clairement définis, qui a été approuvé par le Groupe consultatif technique ;
- fourni une aide de grande ampleur à tous les pays à forte morbidité tuberculeuse en vue de l'élaboration de leurs plans d'action quinquennaux ;
- établi des directives sur les budgets à prévoir ;
- révisé les directives applicables aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse ;
- organisé des actions régionales et nationales de formation à la stratégie DOTS à l'aide de nombreux matériels de formation de grande qualité ;
- révisé à la hausse le nombre de visites d'agents et consultants de l'OMS dans le cadre du suivi des programmes mis en oeuvre dans les pays à forte morbidité tuberculeuse, ainsi que le nombre de réunions techniques et de cours de formation organisés à l'échelle régionale ;
- organisé des réunions des directeurs des programmes nationaux de lutte antituberculeuse en vue de l'examen de problèmes concrets et des solutions possibles ;
- réalisé des évaluations externes des programmes conduits en Chine et aux Philippines ;
- mis en place un système d'assurance de la qualité pour le dépistage au microscope de la tuberculose (des directives régionales ont été approuvées en 2003) ;

Annexe

- pris part aux réunions d'un groupe de travail mondial sur la pauvreté ;
- recruté des agents qualifiés et expérimentés aux niveaux régional (6) et national (7).

En Chine, des investissements plus importants s'imposent, tant en ce qui concerne les services de santé publique que la lutte antituberculeuse et le soutien technique à apporter aux provinces. Il y a actuellement pénurie de personnel qualifié à tous les niveaux du système de santé, et l'accès limité aux services entrave le bon déroulement de la lutte antituberculeuse. Les aspects sociaux ne sont pris en compte dans le processus de planification et les « frais supplémentaires » font obstacle au diagnostic et au traitement de la maladie.

•

Selon les agents de santé chinois, une meilleure compréhension des informations présentées en anglais pourrait faciliter l'accès à l'assistance technique.

Les établissements hospitaliers ont un rôle à jouer en matière de dépistage et ont le sentiment d'être les « laissés pour compte » de la lutte antituberculeuse.

L'OMS s'est employée à promouvoir l'échange d'exemples de « pratiques optimales » dans la Région, notamment en ce qui concerne 1) la mise en place du programme DOTS au Cambodge ; 2) l'encadrement et le suivi des activités en cours au Viet Nam ; 3) la création d'un groupement de partenaires aux Philippines.

L'OMS a encouragé les pays à s'engager dans la voie de la réforme du secteur de la santé et à mettre cette réforme à profit aux fins de la lutte antituberculeuse.

Certains aspects de la pauvreté sont pris en compte dans les stratégies de lutte antituberculeuse de l'OMS et dans le cadre de la réforme du secteur de la santé.

Entre 1998 et 2001, le nombre de pays ayant adopté la stratégie DOTS est passé de 18 à 28 et la couverture par le DOTS est passée de 58 % à 68 %.

Les Philippines font état d'une couverture à 100 %, mais cette estimation ne tient pas compte des patients suivis dans des centres de soins privés, ni des malades qui vivent dans des régions d'accès difficile.

L'OMS a réalisé une collection impressionnante de documents clairement présentés et de très grande qualité technique sur la tuberculose.

En l'absence de directives sur la prise en charge des enfants atteints de tuberculose, les pays ont fait appel à l'OMS. Ces directives doivent notamment promouvoir l'extension de la couverture vaccinale par le BCG dans les populations les plus exposées au risque d'infection et l'utilisation de vaccins dont la qualité aura été contrôlée (en coordination avec le PEV).

➤ *Surveillance de la pharmacorésistance et mesures d'intervention*

L'OMS a fourni un soutien technique dans le cadre d'une enquête sur la pharmacorésistance, et 11 pays de la Région ont pris part aux activités de surveillance de la pharmacorésistance.

En 2002, l'OMS a aidé les Philippines à mettre sur pied un programme DOTS-Plus. Il reste cependant beaucoup à faire, et d'autres pays ont besoin de l'aide de l'OMS dans ce domaine.

➤ *Surveillance de la co-infection VIH/tuberculose et mesures d'intervention*

L'OMS a récemment élaboré un Cadre régional de lutte contre la co-infection VIH/tuberculose.

L'Organisation a parrainé une réunion conjointe des directeurs de programmes de lutte contre le VIH et contre la tuberculose, qui s'est tenue en 2001 et a été très fructueuse.

Au Cambodge, l'OMS a oeuvré à l'établissement de liens de collaboration étroite entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH, aux fins d'une gestion efficace des problèmes liés à ces deux maladies. Des enquêtes sur la tuberculose et le VIH ont été réalisées à l'aide de documents techniques de qualité.

En Chine, la coopération entre les services de lutte contre le VIH et la tuberculose vient tout juste de s'amorcer. Aux Philippines, le suivi de ces deux maladies demeure insuffisant et la formation inadaptée.

➤ *Évaluation de la prévalence de la tuberculose*

L'OMS a proposé une méthode d'évaluation des taux de prévalence. On précisera cependant que l'évaluation de l'incidence de la tuberculose dans des pays où les données de prévalence et autres données épidémiologiques sur la maladie font défaut suscite un certain scepticisme. Des enquêtes sur la prévalence de la tuberculose ont été réalisées aux Philippines, en Chine, au Cambodge, en Malaisie et au Viet Nam (en cours), et l'analyse des données s'est effectuée avec l'aide de l'OMS.

➤ *Évaluation de la mortalité tuberculeuse*

Il est toujours aussi difficile de se procurer des données fiables sur la mortalité imputable à la tuberculose. Les pays dans lesquels s'est rendue la mission d'évaluation ne disposent pas de données fiables en la matière et souhaitent obtenir de l'aide. Le Bureau régional de l'OMS, en collaboration avec le Siège de l'Organisation, a étudié une méthode qui devrait permettre de recueillir des estimations plus fiables de la mortalité tuberculeuse.

➤ *Coopération public-privé*

Aux Philippines, on estime que 30 % des tuberculeux sont suivis dans le privé. Forte de ce constat, l'OMS a élaboré un Cadre régional pour la coopération entre les secteurs public et privé, en collaboration avec le ministère de la Santé et la Philippine Coalition Against Tuberculosis (PHILCAT). La PHILCAT utilise déjà ce cadre régional. Les médicaments distribués dans le cadre de la collaboration avec le secteur privé seront fournis par le Fonds mondial.

Dans les autres pays à forte morbidité tuberculeuse, le secteur privé ne joue pas pour l'instant un rôle aussi important dans la prise en charge de la maladie. En Chine, la

Annexe

privatisation de certaines composantes du secteur public a entraîné des coûts cachés, ce qui pourrait entraver l'expansion du programme DOS dans ce pays.

➤ *Amélioration de l'accès aux médicaments*

L'OMS, en collaboration avec d'autres organismes, a aidé de nombreux pays à se procurer des médicaments de bonne qualité.

Les agents de l'OMS ont participé au montage des demandes de financement destinées au Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments et au Fonds mondial, en vue de l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments, notamment aux Philippines. L'OMS est intervenue en qualité d'intermédiaire pour le compte de plusieurs pays comme la Chine et le Cambodge, avec le concours des bailleurs de fonds.

Des actions de formation à la gestion des médicaments ont été organisées dans plusieurs pays. L'approvisionnement en médicaments et la distribution des médicaments posent encore problème dans certains pays, en particulier dans les zones d'accès difficile.

➤ *Renforcement de l'aide aux pays à morbidité tuberculeuse intermédiaire*

En toute logique, l'OMS a concentré ses efforts sur les sept pays les plus durement frappés par la tuberculose, ce qui ne l'a pas pour autant empêchée d'aider aussi les pays à morbidité tuberculeuse intermédiaire. La réunion du Groupe consultatif technique tenue en 2002 a d'ailleurs été consacrée à la stagnation du recul de la maladie dans les pays entrant dans cette catégorie. Les pays plus lourdement touchés sont également conscients de ce problème et savent qu'ils pourraient eux aussi y être confrontés à l'avenir.

(3) Partenariats

L'OMS a déployé des efforts considérables pour associer à son action de nouveaux partenaires, les tenir informés du déroulement du projet et coordonner leurs interventions.

L'Organisation a facilité la création du Comité régional de coordination interinstitutions et de comités interinstitutions nationaux, qui ont pour fonction d'améliorer la coordination des interventions des différents partenaires associés aux projets de lutte antituberculeuse, notamment en ce qui concerne le financement des activités, les zones géographiques de compétence des différents intervenants et l'apport d'aide technique.

Le programme national de lutte contre la tuberculose mené en Chine est une parfaite illustration de cette bonne coordination. Quatre principaux organismes - le Département du Royaume-Uni pour le développement international (DFID), l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), la Banque mondiale et l'OMS - travaillent en étroite collaboration à la réalisation de ce programme.

Les principaux organismes partenaires de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental sont : la JICA, l'Agence canadienne de développement international (ACDI), la Banque mondiale, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Agence australienne de développement international (AusAID) et le DFID. L'Organisation compte encore beaucoup d'autres partenaires, dont la liste ne cesse de s'allonger.

(4) Gestion de l'information

L'OMS fournit des informations abondantes et clairement présentées sur la tuberculose dans la Région et sur la lutte antituberculeuse. Le volume et la précision de ces informations sont remarquables.

Les représentants des États Membres de l'OMS transmettent à tous les organismes partenaires les rapports très détaillés sur l'état d'avancement du projet Halte à la tuberculose présentés chaque année au Comité régional. Les rapports des réunions du Groupe consultatif technique contiennent les informations les plus récentes sur la situation de la tuberculose dans la Région, ainsi que des conseils techniques et des recommandations à l'intention de l'OMS, des pays et des comités de coordination interinstitutions (organismes partenaires).

L'augmentation du nombre de visites que les agents et consultants de l'OMS effectuent dans les pays a contribué à la diffusion des informations techniques et des messages de sensibilisation.

L'OMS diffuse sur son site web des rapports, des directives et des données de surveillance. Les pays (et les bailleurs de fonds) peuvent aussi consulter le site pour prendre connaissance, à des fins de comparaison, des statistiques relatives aux autres pays.

(5) Normes et critères

Le Projet spécial Halte à la tuberculose a pour objectifs un taux de dépistage des cas de 70 %, un taux de guérison de 85 % et un taux de couverture par le DOTS de 100 % d'ici 2005.

Le Projet spécial ne donnera de résultats probants que si l'OMS définit très clairement les buts et objectifs à atteindre. Les partenaires de l'Organisation et les pays y voient une condition indispensable à la mobilisation des intervenants nationaux. Les buts et objectifs de l'OMS sont jugés réalisables.

Cela étant, les pays et les organismes partenaires ont fait observer qu'il serait peut-être difficile d'obtenir certaines des informations nécessaires pour évaluer les résultats au regard des indicateurs sélectionnés (par exemple, un taux de dépistage des cas de 70 %), ainsi que des taux de mortalité précis (indispensables pour calculer les taux et mettre en évidence une réduction de 50 % du nombre des décès).

Les informations selon lesquelles certains pays auraient obtenu un taux de couverture par le DOTS de 100 % pourraient prêter à confusion dans la mesure elles ne tiennent généralement pas compte des patients suivis dans des établissements de soins privés ni des malades vivant dans des zones d'accès difficile.

C. Conclusions

Observations générales : à ce jour, le Projet spécial Halte à la tuberculose a donné des résultats remarquables au regard des grandes missions que s'est fixées l'Organisation et semble avoir acquis sa propre dynamique dans la Région. La réussite du projet est le fruit des efforts menés par des agents qualifiés et motivés, travaillant efficacement dans un esprit d'équipe, et doit aussi beaucoup au soutien de haut niveau dont il a bénéficié à l'échelle régionale. La capacité du projet à s'adapter rapidement à des concepts nouveaux, comme le

Annexe

Fonds mondial et le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments, et à s'attaquer à des problèmes particulièrement complexes, comme la coopération public-privé, y a aussi beaucoup contribué.

(1) Cadre d'intervention, sensibilisation et financement

L'OMS a joué un rôle de tout premier plan en matière de sensibilisation dans la Région. Elle a su notamment faire en sorte que la volonté politique des pays se traduise par une augmentation rapide et conséquente des financements consacrés à lutte antituberculeuse.

Les efforts de sensibilisation à la lutte contre la tuberculose doivent impérativement s'appuyer sur un soutien régional de haut niveau et sur des réunions rassemblant des fonctionnaires de hauts rang.

Des buts et objectifs clairement définis, des plans d'action nationaux détaillés et des déficits de financement bien identifiés ont valu au Projet spécial des financements supplémentaires et le soutien des organismes partenaires.

Le sens de la prévoyance dont a fait preuve l'OMS et l'aide avisée qu'elle a apportée aux pays en vue de la préparation des demandes de financement destinées au Fonds mondial ont porté leurs fruits : dans les pays les plus fortement touchés par la maladie, les déficits de financement ont été ramenés de 40 % à 14 %.

Ces financements supplémentaires proviennent pour l'essentiel de sources extrabudgétaires et sont donc tributaires des bailleurs de fonds et organismes de financement.

L'OMS appuie avec vigueur les activités mises en oeuvre dans le cadre de la Journée mondiale de la tuberculose et a réalisé une série impressionnante de publications clairement présentées.

(2) Coopération technique

Les activités que mène l'OMS en matière d'assistance technique et de coordination dans le cadre du Projet spécial donnent d'excellents résultats et ont contribué à l'expansion rapide et harmonieuse du programme DOTS dans de nombreux pays. Les pays et les partenaires se félicitent de la contribution des agents hautement qualifiés de l'OMS à l'exécution des programmes nationaux. La Chine est encore un peu à la traîne des autres pays de la Région, et les buts visés à l'échelle régionale pourraient être compromis si le pays n'atteint pas ses objectifs, en raison notamment de sa taille considérable. Le taux de dépistage des nouveaux cas à frottis positif n'est encore que de 33 % et l'objectif de 70 % ne sera peut-être pas atteint d'ici 2005.

Les établissements hospitaliers ont un rôle important à jouer dans le dépistage des cas de tuberculose. Pourtant, à l'heure actuelle, le personnel des services de consultations externes ne reçoit pas de formation au programme DOTS.

Au Cambodge, l'intégration des services de prise de charge du VIH et du SIDA est en bonne voie. Les autres pays à forte morbidité tuberculeuse doivent eux aussi prendre des mesures en ce sens.

Les stratégies de lutte antituberculeuse et les actions de sensibilisation ne tiennent que partiellement compte les questions relatives à la pauvreté. Il faut élaborer des solutions réalistes et concrètes pour résoudre les problèmes liés à la tuberculose et à la pauvreté. On pourrait à cet égard mettre sur pied un cadre d'intervention semblable à celui élaboré pour la lutte contre le VIH.

Les pays de la Région ont besoin d'aide pour évaluer la mortalité imputable à la tuberculose.

Il n'existe pas de directive sur la prise en charge de la tuberculose chez les enfants, en dépit des besoins dont les pays font état.

L'OMS a fortement contribué à l'amélioration de l'accessibilité des médicaments de bonne qualité.

L'Organisation a renforcé le soutien apporté aux pays à morbidité tuberculeuse intermédiaire par le biais d'évaluations et de réunions spéciales. Elle a également fait de cette question le thème principal de la réunion 2002 du Groupe consultatif technique.

(3) Partenariats

Le projet Halte à la tuberculose a su s'attirer un grand nombre de nouveaux alliés dans la Région. Dans la plupart des pays à forte morbidité tuberculeuse, les comités de coordination interinstitutions assurent très efficacement la coordination entre les différents organismes partenaires.

(4) Gestion de l'information

L'OMS diffuse très largement des informations abondantes et clairement présentées sur la tuberculose dans la Région et sur la lutte antituberculeuse. Ces informations, également disponibles sur le site web de l'Organisation, aident les gouvernements, les organismes partenaires, le Comité régional, le Groupe consultatif technique et les comités de coordination interinstitutions à prendre des décisions éclairées.

(5) Normes et critères

La définition de buts et d'objectifs clairs explique en partie le succès du projet spécial Halte à la tuberculose.

L'exactitude de certaines données, notamment celles qui concernent l'évaluation du taux de dépistage des cas, l'étendue de la couverture par le DOTS et les taux de mortalité tuberculeuse, suscite un certain scepticisme. Dire par exemple que le taux de couverture par le DOTS est de 100 % aux Philippines peut prêter à confusion en ce sens qu'il n'existe pas de circuit ininterrompu d'approvisionnement en médicaments et que ni le secteur privé ni les zones d'accès difficile ne sont couverts par le programme DOTS.

D. Recommandations à l'intention de l'OMS

(1) Cadre d'intervention, sensibilisation et financement

La collaboration entre l'OMS, les plus hautes instances nationales et les organismes partenaires doit être maintenue afin que les interventions bénéficient d'un soutien politique durable au plus haut niveau.

Annexe

Il convient cependant d'organiser aussi des campagnes de sensibilisation ciblant les échelons inférieurs des administrations publiques, et notamment les municipalités, dont l'appui est indispensable dans le contexte de la réforme du secteur de la santé.

Les efforts visant à combler les déficits de financement doivent se poursuivre. Il faut notamment définir des objectifs réalistes et concrets, diffuser des informations accessibles et établir des plans régionaux et nationaux réalistes. Le Groupe consultatif technique sur la tuberculose et le Comité de coordination interinstitutions, qui sont au coeur de ces activités, doivent donc continuer de se réunir tous les ans.

Il convient de préciser le rôle de l'OMS à l'égard du Fonds mondial. L'Organisation doit continuer d'apporter aux pays une aide technique pour leur permettre de mieux comprendre le processus et les mécanismes de financement du Fonds mondial. La collaboration étroite qui s'est établie entre l'OMS et le Fonds mondial doit être renforcée, de sorte que les activités puissent être mises en oeuvre et supervisées de manière satisfaisante.

Il faut poursuivre les actions de sensibilisation à la tuberculose et veiller à promouvoir la diffusion des informations en langues locales, dans l'intérêt des communautés pauvres et isolées.

Il convient également de maintenir le soutien de haut niveau apporté au projet dans l'ensemble de la Région, afin que les résultats remarquables obtenus à ce jour puissent être durablement bénéfiques.

(2) Coopération technique

L'OMS doit poursuivre l'excellent travail qu'elle accomplit en matière de coopération technique et continuer d'apporter aux pays ses compétences et son aide.

Elle doit encourager les écoles de médecine de la Région à inclure la prise en charge de la tuberculose dans leurs programmes d'enseignement.

L'Organisation doit faire appel au programme mondial Halte à la tuberculose en vue de l'élaboration d'un programme d'enseignement sur la prise en charge de la tuberculose destiné aux écoles de médecine.

L'OMS doit continuer d'encourager la Chine à améliorer ses services de santé publique et à faciliter l'accès des patients aux services de prise en charge de la tuberculose. Des agents compétents et qualifiés doivent être recrutés à de nombreux niveaux du système de santé.

L'Organisation doit par ailleurs :

- fournir à la Chine une assistance technique à la mesure de l'importance de la population chinoise ;
- renforcer l'aptitude des agents de santé à assimiler les informations diffusées en anglais, ce qui pourrait contribuer à améliorer l'accès à l'assistance technique.

Les services de consultations externes des hôpitaux doivent être considérés comme des centres de santé à part entière et bénéficier à ce titre d'actions de formation à la stratégie DOTS. L'Organisation doit aider les pays de la Région, outre le Cambodge, à se doter de cadres d'action sur le VIH et la tuberculose et à mettre en oeuvre des activités dans ce domaine.

Il convient d'élaborer un cadre d'action sur la tuberculose et la pauvreté et de prendre spécifiquement en compte les données désagrégées afin de recenser les foyers de pauvreté et les facteurs susceptibles de conduire à la marginalisation de certains groupes. Il faut notamment faire en sorte que la recherche opérationnelle débouche en la matière sur des recommandations concrètes.

La surveillance de la pharmacorésistance doit se poursuivre et les questions relatives à l'application des mesures de lutte contre la pharmacorésistance doivent être examinées. Certains pays ont besoin d'une assistance technique pour être à même de s'attaquer au problème de la tuberculose polypharmacorésistante avant qu'il ne devienne insurmontable.

Il convient de solliciter du programme mondial Halte à la tuberculose des conseils sur l'évaluation de la mortalité tuberculeuse.

L'OMS doit prendre part à l'évaluation du plus adapté des cinq modèles élaborés pour promouvoir l'intervention du secteur privé dans la lutte antituberculeuse aux Philippines et faciliter sa mise en oeuvre.

L'Organisation doit : continuer à formuler des conseils en vue de l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et de leur distribution dans les délais appropriés, en particulier dans les zones des Philippines d'accès difficile ; suivre le processus d'externalisation de la distribution de médicaments ; renouveler l'aide apportée aux Philippines dans l'évaluation des dispositifs d'approvisionnement en médicaments et de distribution et trouver des solutions concrètes ; continuer de conseiller les autres pays, notamment en ce qui concerne les zones difficiles à atteindre.

L'OMS doit travailler en coordination étroite avec le programme mondial Halte à la tuberculose en vue de l'élaboration de directives sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les enfants.

Des recherches sur les aspects sociaux et culturels de la tuberculose doivent être entreprises afin de recenser et de combattre les facteurs socioculturels susceptibles de faire obstacle à la lutte antituberculeuse, en particulier en Chine et aux Philippines.

(3) Partenariats

L'OMS doit poursuivre les activités qui donnent des résultats probants, recenser les besoins (déficits, financiers, compétences techniques, etc.) et oeuvrer à la bonne coordination des interventions des organismes partenaires. Elle doit continuer de se consacrer à l'établissement de nouveaux partenariats et au renforcement des partenariats existants, tant à l'échelle régionale que mondiale.

On envisagera d'établir des protocoles d'accord lorsque la définition des rôles respectifs des organismes partenaires ou organisations non gouvernementales s'avère difficile.

(4) Gestion de l'information

L'OMS doit poursuivre l'excellent travail qu'elle accomplit dans ce domaine (voir la section Conclusions).

Annexe

(5) Normes et critères

L'OMS doit continuer de se fixer des buts et des objectifs clairs ayant l'agrément de la Région.

L'Organisation doit continuer d'aider les pays confrontés à une forte morbidité tuberculeuse à calculer les taux de prévalence de la tuberculose avec précision et à améliorer leurs estimations des taux de dépistage, et s'employer à cette fin à :

- faciliter la réalisation d'études de grande qualité sur la prévalence de la tuberculose ;
- aider à l'analyse des données ;
- rechercher des éléments de nature à confirmer les données recueillies (par exemple des données collectées dans d'autres pays et faisant état de cas confirmés de tuberculose chez des migrants venus de pays à forte morbidité tuberculeuse).

Le Bureau régional doit oeuvrer, en collaboration avec le programme mondial Halte à la tuberculose, à l'élaboration de systèmes plus performants d'évaluation des taux nationaux de mortalité tuberculeuse, et aider les pays à les mettre en place.

L'OMS doit élaborer un système de notification qui permette de mesurer avec exactitude le taux effectif de couverture par le DOTS, en tenant compte des patients suivis dans des centres de soins du secteur privé et des malades vivant dans des zones d'accès difficile.

E. Considérations particulières

Tuberculose et pauvreté

Les pauvres et les personnes marginalisées risquent plus que toute autre catégorie de population de contracter la maladie et d'en mourir. Près de 23 % des pauvres du monde vivent dans la Région du Pacifique occidental.

La pauvreté a une incidence directe sur la lutte contre la tuberculose, du fait du petit nombre de services de soins auxquels les pauvres ont accès et des difficultés financières qu'ils rencontrent. En outre, les personnes qui vivent dans la pauvreté ne demandent généralement pas à bénéficier de ces services et en font un usage très limité. Si l'inaccessibilité des services et les contraintes financières sont des obstacles connus, on s'explique en revanche assez mal les raisons de cette demande et de cette utilisation limitées des services de soins. Les préjugés dont sont victimes les tuberculeux et la pauvreté sont les principaux obstacles à la lutte antituberculeuse dans la Région.

Le projet Halte à la tuberculose a été intégré aux projets spéciaux dans la mesure où il contribue à la réduction de la pauvreté. Les interventions de l'OMS se sont concentrées sur les malades qui vivent dans la pauvreté, en particulier en Chine, où près de la moitié des patients ne pouvaient pas se procurer de médicaments gratuits avant le démarrage du projet. Grâce aux efforts de coordination de l'Organisation, les organismes partenaires ont pris en charge les coûts opérationnels et 12 des provinces chinoises les plus pauvres, situées pour la plupart dans l'Ouest du pays, ont pu bénéficier directement du Projet spécial.

Au Cambodge, la stratégie DOTS a été intégrée aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose au milieu des années 90. L'OMS, en coordination avec les programmes nationaux, a organisé la distribution de repas gratuits à tous les patients hospitalisés, pour

l'essentiel des paysans pauvres, par le biais du Programme alimentaire mondial (PAM), afin d'aider les malades à observer leur traitement. En 2001, l'Organisation, toujours en coordination avec le PAM, a renouvelé son appui au projet en faveur des pauvres. L'intervention de l'OMS est considérée comme l'un des principaux facteurs du succès de la stratégie DOTS au Cambodge.

En dépit des efforts et des progrès accomplis dans certains pays, les stratégies de lutte antituberculeuse et de sensibilisation à la maladie menées dans la Région n'ont apporté qu'une réponse partielle aux problèmes de la tuberculose et de la pauvreté.

Des solutions réalistes s'imposent. À cet égard, l'élaboration d'un cadre d'action sur la tuberculose et la pauvreté pourrait favoriser la mise en oeuvre de stratégies concrètes. L'analyse des données désagrégées, qui permettrait de recenser les foyers de pauvreté et les facteurs susceptibles de conduire à la marginalisation de certains groupes, pourrait fournir des éléments de réponse. Il faut par ailleurs faire en sorte que les travaux de recherche opérationnelle menés dans ce domaine débouchent sur des recommandations concrètes.

F. Enseignements

Enseignements tirés du Projet spécial :

- (1) La participation, au plus haut niveau, de l'OMS et des autres organismes partenaires demeure essentielle pour obtenir l'engagement des plus hautes instances nationales en faveur du projet, comme le souligne le premier volet de la stratégie DOTS.
- (2) L'approche qui consiste à faire appel à une équipe à la fois compétente et énergique peut contribuer à mobiliser toute une Région. En indiquant la voie à suivre de manière claire, amicale et encourageante, en oeuvrant aux côtés des programmes nationaux de lutte antituberculeuse et en attribuant à ces programmes et aux organismes partenaires le mérite qui leur revient, l'OMS a contribué à créer un environnement propice au succès du projet.
- (3) La capacité de l'OMS à repérer rapidement les déficits de financement, à présenter des informations de manière claire et méthodique aux organismes de financement susceptibles d'intervenir et à élaborer des plans d'action assortis de buts et d'objectifs clairement définis est un atout majeur grâce auquel l'Organisation a pu mobiliser des financements supplémentaires et l'aide de nouveaux partenaires.
- (4) Les experts techniques ont apporté une aide très précieuse aux pays qui préparaient des demandes de financement destinées au Fonds mondial.
- (5) Les cadres d'intervention comme celui sur la tuberculose et le VIH ou sur la coopération public-privé sont utiles et pourraient servir à élaborer des solutions concrètes aux problèmes liés à la tuberculose et à la pauvreté.
- (6) À l'heure actuelle, l'aide que l'OMS apporte aux pays n'est pas proportionnelle à la taille de leur population. À titre d'exemple, on compte un agent OMS chargé de la Papouasie-Nouvelle-Guinée (5 millions d'habitants) et un seul aussi pour la Chine (1,2 milliard d'habitants). Il faut donc renforcer le soutien dont bénéficie la Chine.

Annexe

Enseignements tirés de l'évaluation

L'exercice d'évaluation s'est révélé trop court pour permettre à l'équipe de s'acquitter efficacement de sa mission. En effet, les membres de l'équipe n'ont consacré au total que 12 à 17 jours au processus d'évaluation.

Les agents de l'OMS ont apporté leur concours au processus d'évaluation. Leurs efforts discrets, mais néanmoins efficaces, ont été fort utiles et doivent être salués.

Lors des prochaines évaluations, il conviendrait d'examiner d'autres procédures pour le recrutement des évaluateurs indépendants. On pourrait notamment demander aux États Membres de fournir des ressources humaines et financières aux fins de l'exercice d'évaluation.

Les responsabilités des membres de l'équipe doivent être clairement définies. Il serait utile de recruter à plein temps un agent de liaison qui serait chargé de préparer l'évaluation et d'aider l'équipe au plan logistique. Ses responsabilités devraient également être définies.