



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

DISTR. : GENERAL(E)

WHO/TB/CARG(2)/91.4  
ORIGINALE: ANGLAIS

**PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE**  
**RAPPORT DE LA DEUXIEME REUNION DU GROUPE**  
**COORDONNATEUR, CONSULTATIF ET EXAMINATEUR**  
**(Genève, 22-23 novembre 1991)**



**Programme Tuberculose**  
**OMS, 20 avenue Appia, Ch-1211-Genève 27**

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

## TABLE DES MATIERES

1.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	1
1.1	Conclusions et recommandations générales	1
1.2	Projet de lutte contre la tuberculose en Chine	1
1.3	Lutte contre la tuberculose face à l'épidémie d'infection à VIH	1
1.4	La tuberculose en Europe orientale	1
1.5	Pharmacorésistance	2
1.6	Approvisionnement en médicaments	2
1.7	Progrès du programme	2
1.8	Structure gestionnaire	2
1.9	Plan de travail et budget	2
1.10	Hommage au Dr Rouillon	2
1.11	Prochaine réunion du CARG	3
2.	INTRODUCTION	3
3.	EXPERIENCE DU PROJET DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN CHINE AVEC L'ASSISTANCE DE LA BANQUE MONDIALE ET DE L'OMS	4
4.	LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE FACE A L'EPIDEMIE D'INFECTION A VIH: LE MALAWI	7
5.	LA TUBERCULOSE EN AFRIQUE	7
6.	LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN EUROPE ORIENTALE : LA ROUMANIE	8
7.	PHARMACORESISTANCE, PENURIE DE MEDICAMENTS ET MISE AU POINT DE MEDICAMENTS AUX ETATS-UNIS D'AMERIQUE	9
8.	PROBLEMES D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX	10
8.1	Prévision des besoins en médicaments au niveau mondial	10
8.2	Production de médicaments, coût et assurance de la qualité	10
8.3	Financement des approvisionnements et achat des médicaments	11
8.4	Activités programmatiques proposées pour améliorer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux	12
8.5	Avis du CARG sur les questions relatives aux médicaments	13
9.	RAPPORT DE SITUATION	13
9.1	Appui aux programmes nationaux	13
9.2	Recherche opérationnelle	14
9.3	Recherche et développement	15
9.4	Gestion et coordination	15
9.5	Réaction du CARG	16

## TABLE DES MATIERES

10. STRUCTURE GESTIONNAIRE	16
10.1 Administration de la recherche opérationnelle	17
10.2 Administration de la recherche - développement	17
10.3 Avis du CARG sur les propositions relatives à la structure gestionnaire	18
11. PLAN DE TRAVAIL ET BUDGET	19
11.1 Plan de travail	19
11.2 Budget	20
11.3 Situation financière du programme	20
11.4 Avis du CARG sur le budget, le plan de travail et la situation financière	21
12. OBSERVATIONS DU DR VELAYATI	22
13. HOMMAGE AU DR ANNIK ROUILLON	22
14. PROCHAINE REUNION DU CARG	22
ANNEXE A: Liste des participants	23
ANNEXE B: Programme	28
ANNEXE C: Situation financière prévue pour 1992-1993	29

## 1. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 1.1 Conclusions et recommandations générales

Le CARG a noté avec satisfaction que l'Assemblée mondiale de la Santé avait adopté la résolution WHA44.8, qui prie le Directeur général de renforcer les efforts mondiaux de lutte contre la tuberculose. Le CARG a également été ravi d'apprendre que l'OMS avait attribué au Programme de lutte antituberculeuse un rang élevé de priorité des activités de l'Organisation et avait augmenté la part du budget ordinaire pour les activités mondiales et interrégionales consacrées à ce Programme de plus d'un tiers pour 1992-1993, par rapport à 1990-1991. De nouvelles augmentations de la part du budget ordinaire affectée au Programme sont prévues en 1994-1995.

### 1.2 Projet de lutte contre la tuberculose en Chine

L'OMS et la Banque mondiale ont collaboré étroitement à la préparation, en seulement 16 mois, de ce projet d'un montant de 130 millions de dollars dont l'exécution a commencé. Avec l'aide de ses homologues chinois, l'équipe Banque mondiale/OMS a élaboré un projet qui soutient le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) en investissant dans douze programmes de lutte antituberculeuse de province et des activités de recherche opérationnelle essentielle et de développement du potentiel aux niveaux central et des provinces. Les investissements ont été faits en vue d'améliorer les services de diagnostic, la chimiothérapie, la prise en charge de cas et le développement du potentiel. Ces derniers investissements comprennent la création d'un bureau du projet national de lutte antituberculeuse et d'un centre de lutte contre la tuberculose, l'établissement de programmes de lutte antituberculeuse au niveau des provinces (y compris des dispensaires), un programme d'éducation pour la santé, des activités de formation, des véhicules et le développement des moyens de recherche opérationnelle.

Ce succès rapide est encourageant et laisse supposer que ce modèle pourrait favoriser une collaboration efficace à l'appui de PNT revitalisés. Le CARG a été très heureux d'apprendre que des projets analogues étaient prévus au Bangladesh et en Inde.

### 1.3 Lutte contre la tuberculose face à l'épidémie d'infection à VIH

Le CARG a noté avec inquiétude la détérioration de la situation de la tuberculose au Malawi et dans d'autres pays africains. Depuis 1985, le nombre annuel de cas notifiés au Malawi a augmenté de 120 % ! Cette augmentation est due principalement, estime-t-on, à l'incidence de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH, encore que des cas décelés parmi des réfugiés mozambicains et les efforts accrus de dépistage des cas par les PNT mis en place puissent également y avoir contribué.

L'augmentation du nombre de cas a entraîné plusieurs problèmes pour les PNT, notamment la surcharge des consultations et des services antituberculeux, un risque accru de transmission du VIH lors d'injections de streptomycine et la fréquence accrue de réactions indésirables aux médicaments (notamment à la thioacétazone), ainsi qu'un quotient de mortalité accru, qui sape la crédibilité du Programme.

Le CARG prie le Programme, en coopération avec le Programme mondial de lutte contre le SIDA, de s'efforcer de résoudre ces problèmes aussi rapidement que possible.

### 1.4 La tuberculose en Europe orientale

La tuberculose demeure un problème de santé publique dans de nombreux pays d'Europe orientale. La situation en Roumanie a été présentée à titre d'exemple. En moyenne, l'incidence annuelle y est de 65 cas pour 100 000 habitants, mais l'on observe des variations importantes entre les districts et selon les groupes de population, des taux très élevés étant enregistrés parmi les minorités défavorisées. Bien qu'une chimiothérapie courte soit utilisée et que les taux de rechute et d'échec chez les nouveaux patients ne soient pas alarmants, il existe un nombre important de cas chroniques que l'on estime être responsables de 13 à 15 % des nouvelles infections chez les enfants. Plus de la moitié des échecs thérapeutiques sont dus au non-respect du traitement,

mais la pharmacorésistance semble jouer également un rôle majeur. Parmi les patients traités à nouveau, le taux d'échec est de 24 %. Environ 20 % seulement des patients dont le retraitement a échoué guérissent ultérieurement; 80 % restent malades jusqu'à leur mort - en moyenne sept ans après l'échec du premier retraitement.

#### 1.5 Pharmacorésistance

Le CARG s'est déclaré très préoccupé par le problème de la résistance aux médicaments antituberculeux. Il demande au Programme d'instituer une surveillance de la pharmacorésistance au niveau mondial et de prendre toutes les mesures possibles pour prévenir une nouvelle augmentation de la pharmacorésistance au moyen d'une formation appropriée à l'utilisation des antituberculeux et à la supervision du traitement. Il a été recommandé de réunir un groupe d'experts qui traitent plus particulièrement de ces problèmes et mette au point des activités programmatiques dans ce domaine.

#### 1.6 Approvisionnement en médicaments

Un approvisionnement suffisant en médicaments antituberculeux de qualité contrôlée est essentiel à la mise en oeuvre du Programme à l'échelle mondiale. Certains problèmes liés à la disponibilité des approvisionnements en médicament ont été répertoriés. Le CARG approuve les activités menées jusqu'ici par le Programme pour résoudre ces problèmes et prie instamment celui-ci de poursuivre ses travaux importants dans ce domaine, en tenant compte notamment de l'offre faite par le Dr Velayati de demander aux producteurs de médicaments de la République islamique d'Iran d'approvisionner des pays à faible revenu.

#### 1.7 Progrès du programme

Le CARG s'est déclaré très satisfait des progrès accomplis au cours des six derniers mois et félicite également le secrétariat des rapports qu'il a établis et distribués à la réunion.

#### 1.8 Structure gestionnaire

Conscient de la difficulté d'élaborer une structure gestionnaire qui réponde aux souhaits de toutes les parties intéressées, le CARG a approuvé en théorie la proposition de structure gestionnaire faite par le secrétariat. Toutefois, le CARG demande au secrétariat de reconsidérer certains aspects spécifiques de cette proposition, notamment l'association des ONG au sein de chaque organe de gestion, la composition exacte du CARG reconstitué et le nombre exact de représentants de chaque groupe, la méthode de sélection des membres du CARG par tirage au sort, l'exclusion des pays développés du CARG (à moins qu'ils représentent des organismes donateurs), et la nécessité de faire examiner les activités opérationnelles et les activités de recherche du Programme par le Sous-Comité consultatif technique et de la Recherche.

#### 1.9 Plan de travail et budget

Le CARG a été très satisfait du plan de travail et du budget proposés et a approuvé sans réserve la poursuite de leur exécution. Plusieurs donateurs, notamment les Pays-Bas et le Japon, ont fait part de leur intention d'accroître leur soutien financier, tandis que d'autres manifestaient l'intention au moins de le maintenir au même niveau, et que d'autres encore espéraient pouvoir apporter prochainement un soutien financier. Tous les participants ont fait part de leur soutien moral et fait savoir qu'ils souhaitaient continuer à participer au Programme dans une mesure raisonnable pour leurs organisations.

#### 1.10 Hommage au Dr Rouillon

Le CARG a rendu hommage aux qualités exceptionnelles du Dr Rouillon, Directeur exécutif de l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires et lui a présenté ses meilleurs voeux pour sa retraite.

### 1.11 Prochaine réunion du CARG

La date de la prochaine réunion sera fixée par le Secrétariat en tenant compte des dates de la prochaine réunion de l'UICMR et du Congrès mondial de la Tuberculose.

## 2. INTRODUCTION

La deuxième réunion du groupe coordonnateur, consultatif et examinateur (CARG) du programme de lutte antituberculeuse s'est tenue à Genève les 22 et 23 novembre 1991. Outre les membres du CARG, y participaient des conseillers temporaires et les représentants de plusieurs organismes gouvernementaux, d'organisations et d'institutions spécialisées des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales, de fondations ou d'entreprises privées (annexe A). L'ordre du jour de la réunion (annexe B) a été approuvé par l'ensemble des participants. La réunion a été présidée par le Dr T. Shimaō avec le Dr A. Salomaō comme Vice-Président. Le Dr D. Snider a été nommé Rapporteur.

La réunion a été ouverte au nom du Directeur général par le Dr R. H. Henderson, Sous-Directeur général, qui a fait remarquer qu'au cours des six mois écoulés depuis la première réunion du CARG, des faits nouveaux positifs et négatifs s'étaient produits en ce qui concerne la tuberculose. Pour ce qui est des aspects négatifs, au cours de cette période, 1,5 million de personnes sont mortes de la tuberculose et 4 millions de cas nouveaux ont été enregistrés, dans une indifférence quasi générale. Compte tenu de la propagation rapide de la pandémie d'infection à VIH, en particulier en Asie, une escalade "silencieuse" de la tuberculose est inéluctable si l'on ne prend pas d'urgence des mesures coordonnées et efficaces.

Pour les aspects positifs, on a enregistré des progrès importants au cours des six derniers mois au niveau tant national que mondial. Immédiatement après la première réunion du CARG, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA44.8 qui assigne des objectifs mondiaux précis au programme de lutte antituberculeuse, à savoir un taux de guérison de 85 % des malades à frottis positif en traitement et un taux de dépistage de 70 % d'ici l'an 2000. Pour atteindre ce but, l'Assemblée de la Santé a approuvé trois stratégies fondamentales :

- i) Le programme devrait aider efficacement les Etats Membres à mettre en oeuvre la nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose en privilégiant la chimiothérapie de brève durée et l'amélioration de la gestion du traitement par les services de soins de santé primaires. Cette approche repose sur une application rationnelle de technologies existantes très efficaces par rapport à leur coût.
- ii) Outre les activités de lutte, le programme devra entreprendre des activités de recherche opérationnelle afin d'améliorer la prestation des services ainsi qu'une recherche plus fondamentale en vue de mettre au point de nouvelles technologies.
- iii) Le programme devra instaurer une coalition mondiale de toutes les parties intéressées, indispensable pour mobiliser les ressources nécessaires et les utiliser de façon efficace et efficiente pour atteindre les objectifs mondiaux.

Le Dr Henderson a noté qu'avec l'aide du programme, plus de dix pays avaient commencé à mettre en oeuvre la nouvelle stratégie ou s'apprêtaient à le faire. C'est le cas de la Chine, où un projet de lutte antituberculeuse d'un montant de US \$130 millions a démarré grâce à un prêt de la Banque mondiale et à l'assistance technique de l'OMS. Un autre projet important en préparation s'élève à US \$30 millions et concerne la lutte contre la lèpre et la tuberculose au Bangladesh avec l'appui financier de la Banque mondiale et des Pays-Bas, l'OMS fournissant une assistance technique et financière.

En application de la résolution à la première réunion du CARG de l'Assemblée, le secrétariat du programme a été prié de faire diverses propositions concernant la gestion du programme et de proposer un plan de travail et un budget. Le groupe spécial du CARG sur la structure gestionnaire s'est réuni en août et a établi une proposition et différentes options pour la gestion du programme. Comme celui avait demandé le groupe spécial,

le secrétariat du programme a alors préparé des propositions plus détaillées. L'OMS approuve pleinement les recommandations du groupe spécial qui sont les suivantes:

Premièrement, le programme a principalement pour tâche d'aider les Etats Membres dans leurs activités de lutte antituberculeuse. Pour ce faire, l'OMS a assigné au programme de lutte antituberculeuse un rang de priorité élevé. Pour 1992-1993, l'OMS a augmenté le niveau des ressources du budget ordinaire pour les activités mondiales et interrégionales de plus d'un tiers par rapport à l'exercice précédent. Le Directeur général a en outre classé le programme parmi l'une des toutes premières priorités de l'OMS et a fait savoir qu'une nouvelle augmentation du budget ordinaire aurait lieu en 1994-1995.

Deuxièmement, le programme devrait être chargé aussi bien d'activités de lutte que d'activités de recherche afin que la recherche soutienne au maximum les activités de lutte. Enfin, le programme devrait collaborer activement avec les autres programmes compétents de l'OMS aussi bien dans le cadre de la lutte que de la recherche, afin de tirer parti de la vaste expérience déjà acquise par ceux-ci.

Le Dr Henderson a invité tous les participants à donner leur avis sur les propositions formulées.

### 3. EXPERIENCE DU PROJET DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN CHINE AVEC L'ASSISTANCE DE LA BANQUE MONDIALE ET DE L'OMS

M. Richard Bumgarner, Banque mondiale, a donné au CARG un aperçu général des activités et des progrès accomplis jusqu'ici dans la mise en oeuvre du projet de lutte antituberculeuse en Chine. Le programme OMS de la Tuberculose et la Banque mondiale ont collaboré étroitement et avec succès en aidant la Chine à monter cet important projet en seulement 16 mois. Cet exemple illustre les possibilités offertes par une collaboration internationale efficace pour le renforcement des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

Le Ministère chinois de la Santé considérait depuis longtemps la tuberculose comme la maladie infectieuse la plus grave qu'il ait encore à combattre, mais une action nationale contre la tuberculose faisait visiblement défaut.

L'équipe Banque mondiale/OMS a constaté que le système de lutte antituberculeuse appliqué en Chine se heurtait à quatre grandes catégories de problèmes:

- a) Des problèmes de dépistage
- b) Des problèmes concernant la chimiothérapie et le traitement
- c) Des problèmes de supervision
- d) Des problèmes d'enregistrement, de notification et d'évaluation.

L'équipe Banque mondiale/OMS a donc aidé ses homologues chinois à mettre au point un projet pour tenter de résoudre ces problèmes. Celui-ci consiste à aider le programme national de lutte contre la tuberculose par des investissements dans 12 programmes antituberculeux de province. D'autres investissements ont été faits également dans le domaine de la recherche opérationnelle essentielle et pour le développement du potentiel au niveau central et des provinces pour la mise en oeuvre du programme.

Les équipes ont mis au point, et le Gouvernement a accepté, comme cadre général du projet, un ensemble de mesures de lutte contre la tuberculose qui vise à résoudre les principaux problèmes répertoriés. Les principaux axes de cette politique sont les suivants :

- a) Chimiothérapie pour les patients qui relèvent d'un traitement, tous les examens de dépistage et de suivi étant gratuits pour le patient.
- b) Les dispensaires ne stockeront et ne prescriront que les schémas de chimiothérapie courte approuvés.

c) Toutes les provinces couvertes par le projet utiliseront un nouveau système de registre et un système de notification trimestrielle. Des formulaires normalisés seront utilisés dans tous les comtés des provinces couvertes par le projet.

Les principales composantes du projet sont les investissements dans la lutte antituberculeuse dont le montant s'élève à \$68,2 millions et les investissements dans le développement du potentiel, dont le montant s'élève à \$34,3 millions.

Les principaux éléments des investissements dans la lutte contre la tuberculose sont :

- a) Les services de diagnostic
- b) La chimiothérapie au moyen de cinq médicaments antituberculeux de base.
- c) La prise en charge des cas, y compris au moyen d'un nouveau système d'enregistrement et de nouvelles méthodes d'évaluation et de supervision et d'un système d'incitation aussi bien pour les patients que pour les prestataires de soins.

Les investissements dans le développement du potentiel comprennent les cinq éléments suivants :

- a) Un bureau du projet de lutte antituberculeuse a été créé au Ministère de la Santé publique. Un noyau de personnel à plein temps est chargé de la mise en oeuvre et de l'encadrement du projet au niveau national. Ce groupe assurera également la formation du personnel de supervision au niveau des provinces, organisera l'achat des médicaments et du matériel et contrôlera et évaluera les progrès de l'ensemble du projet. Le bureau de projet sera secondé dans ses fonctions par le centre de lutte anti-tuberculeuse, chargé de coordonner les activités de recherche opérationnelle dans les provinces, du laboratoire national de référence et des programmes de formation nationaux.
- b) Les programmes de lutte antituberculeuse de province créeront ou réorganiseront les dispensaires et seront chargés de l'ensemble du programme. Afin d'améliorer les services bactériologiques et d'assurer la qualité des examens au microscope, un laboratoire de référence sera créé dans chaque province.
- c) Un programme d'éducation pour la santé sera là pour motiver les médecins, les patients et leur famille à suivre le traitement jusqu'au bout.
- d) Exécution du programme. Des visites de contrôle régulières et fréquentes dans les dispensaires à chaque niveau seront déterminantes pour la réussite de cet ensemble de mesures. Les véhicules, leurs frais d'exploitation et les dépenses de fonctionnement croissantes qui seront nécessaires pour l'encadrement au niveau des comtés sont prévus dans le projet.
- e) Formation et assistance technique. Du matériel de formation de base et des locaux seront prévus dans chaque centre de formation de province. Le coût de l'organisation des programmes de formation et du matériel sera couvert.
- f) La recherche opérationnelle aidera à améliorer les méthodes de gestion, les techniques de lutte antituberculeuse et à mettre au point de meilleures mesures de lutte pour l'exécution du projet. Le programme de lutte antituberculeuse de l'OMS fournira conseils et appui à ce programme de recherche opérationnelle.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 1991, des programmes pilotes destinés à mettre au point et à expérimenter sur le terrain la chimiothérapie, les matériels d'enregistrement, les méthodes de supervision et les méthodes opérationnelles sont en place dans cinq comtés de la province de Hebei. Le Dr Spinaci a résumé les résultats encourageants déjà obtenus dans ces comtés pilotes comme suit :

Sur les 165 nouveaux patients suivant une chimiothérapie de brève durée, 77 % présentaient des frottis redevenus négatifs après deux mois de traitement et 85 % après trois mois de traitement.

Sur les 298 cas de retraitement, 62 % présentaient à nouveau des frottis négatifs après deux mois de traitement et 66 % après quatre mois de traitement.

M. Bumgarner a estimé qu'on pouvait en tirer plusieurs enseignements :

- a) Le soutien extérieur aux PNT dans les pays en développement joue le rôle de catalyseur.
- b) La tuberculose semble être une cause très importante de pauvreté, qu'elle contribue par ailleurs à perpétuer. Cet aspect n'est cependant pas suffisamment documenté, et des recherches plus approfondies seront nécessaires dans ce domaine.
- c) On peut compter sur le soutien des pouvoirs publics, même lorsqu'il s'agit de changements difficiles à mettre en oeuvre. Les autorités locales et les responsables au niveau national sont prompts à apporter leur appui aux changements nécessaires dans les programmes et aux réformes, une fois qu'ils ont bien compris les enjeux et que les progrès qui pourraient être faits leur apparaissent clairement.
- d) La coopération et la coordination entre les organismes internationaux est importante et possible.
- e) Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont besoin d'une aide extérieure, sous forme d'une coopération et d'une action de plaidoyer :
  - pour faire connaître les intérêts des pays en développement;
  - pour expliquer ce que l'on peut faire avec les moyens dont on dispose;
  - pour surmonter l'absence de consensus parmi les professionnels de la santé et dans l'opinion quant à l'importance de la tuberculose et aux possibilités de lutte;
  - pour soutenir l'élaboration d'un cadre politique qui permette de mettre en place un programme rentable;
  - pour coordonner et fournir l'aide extérieure la meilleure possible de façon cohérente; et
  - pour mobiliser et affecter les ressources nécessaires à la lutte antituberculeuse.

Les membres du CARG et les participants se sont déclarés satisfaits de cet effort collectif qu'ils jugent encourageant. Certains se sont cependant demandés comment ce projet serait élargi à l'ensemble du pays. Il est plus facile de remporter des succès dans un petit nombre de régions qu'à grande échelle. On s'est également inquiété du nombre important de cas de retraitement et de la possibilité que la pharmacorésistance constitue un problème important en Chine. Il faudra absolument surveiller la pharmacorésistance en Chine au niveau des provinces ou au niveau central, mais le CARG a convenu avec le Secrétariat que la première priorité concernant les services de laboratoire serait d'améliorer les services de microscopie à la périphérie.

M. Bumgarner a répondu à cela qu'on pouvait difficilement considérer que douze provinces représentant au total une population de plus de 550 millions d'habitants constituaient une région peu étendue et a déclaré que, si le projet était efficace dans les provinces où le problème de la tuberculose se pose avec le plus d'acuité, il serait certainement étendu au reste du pays.

#### 4. LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE FACE A L'EPIDEMIE D'INFECTION A VIH : LE MALAWI

M. W. Nkhoma a informé la réunion que le nombre de cas de tuberculose notifiés au Malawi avait augmenté de 120 % depuis 1985; près de 12 000 cas nouveaux ont été signalés en 1990 contre 5 000 en 1985. Les plus fortes augmentations ont été observées dans le nombre de cas à frottis négatif et de tuberculose extrapulmonaire. Par contre, le nombre de cas de retraitement n'a cessé de diminuer.

L'augmentation du nombre de cas notifiés ces dernières années est en grande partie liée aux cas d'infection à la fois par le VIH et la tuberculose. Toutefois, les cas de tuberculose dénombrés chez le million de réfugiés mozambicains arrivés dans le pays et le fait qu'un programme efficace a permis d'attirer de nouveaux patients pourraient également avoir contribué à cette augmentation. Quelques rapports indiquent que les taux d'infection à VIH parmi les patients tuberculeux se situent entre 25 et 50 %. La plupart des patients sont des hommes et des femmes jeunes, économiquement productifs et actifs sexuellement.

Les principales conséquences de cette épidémie pour le programme de lutte antituberculeuse ont été les suivantes :

- i) la surcharge des services antituberculeux;
- ii) le risque accru de transmission du VIH au cours des injections de streptomycine;
- iii) la fréquence accrue des réactions indésirables aux médicaments antituberculeux, notamment la thioacétazone; et
- iv) le quotient de mortalité accru parmi les patients tuberculeux, qui risque de saper la crédibilité du programme.

Pour faire face à ces problèmes, les mesures suivantes ont été recommandées ou mises en oeuvre :

- i) soins ambulatoires pour les patients à frottis négatif et les cas de tuberculose extrapulmonaire, et formation du personnel au diagnostic de la tuberculose chez les sujets infectés par le VIH;
- ii) limitation au maximum de l'emploi de la streptomycine et amélioration des méthodes de stérilisation;
- iii) remplacement de la thioacétazone par l'éthambutol chez les sujets chez qui l'on suspecte une infection à VIH et effort accru de prévention et de recherche précoce des réactions indésirables aux médicaments;
- iv) éducation - conseil du personnel, des patients et de la communauté en ce qui concerne le VIH et le SIDA, et introduction d'une surveillance anonyme du VIH chez les patients tuberculeux.

#### 5. LA TUBERCULOSE EN AFRIQUE

Le Dr P. Eriki a fait observer que sur les 650 millions d'habitants du continent, on estime que 171 millions seraient atteints de tuberculose et 7 millions infectés par le VIH, et que 2,8 millions pourraient souffrir des deux maladies à la fois. D'ici l'an 2000, on estime que 20 millions de personnes seront infectées par le VIH. De fortes augmentations de l'incidence de la tuberculose ont déjà été signalées dans plusieurs pays, y compris au Mozambique, en Zambie, au Malawi, en Tanzanie et au Burundi. Même au Kenya où le nombre total de cas n'a pas sensiblement augmenté, des augmentations ont été observées dans le groupe d'âge 15-34 ans. Il est donc urgent de s'attaquer au problème de la tuberculose en Afrique.

Répondant aux questions posées, le Dr Eriki a précisé qu'aucun élément ne permettait de dire que la vaccination par le BCG était nocive pour les enfants nés de mères infectées par le VIH. Aussi la politique de vaccination par le BCG de l'OMS devrait-elle rester inchangée.

## 6. LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN EUROPE ORIENTALE : LA ROUMANIE

Le problème : Le Dr P. Mihailescu a fait observer que la morbidité due à la tuberculose avait diminué en Roumanie depuis 1949, mais que ces dix dernières années, l'incidence de la maladie avait augmenté pour atteindre 64,6 pour 100 000 en 1990. Dans certains districts, une incidence allant jusqu'à 100 cas pour 100 000 a été signalée. La prévalence totale des cas infectieux (nouveaux cas, rechute et cas chroniques) a augmenté de 17,1 % entre 1981 et 1990 pour atteindre 79,9 pour 100 000. Cette augmentation a été associée à une augmentation de 55,6 % de l'incidence de la tuberculose chez les enfants.

Parmi les facteurs qui ont contribué à la détérioration de la situation figurent des facteurs économiques et sociaux ainsi que l'augmentation de la population de certains groupes minoritaires comme les gitans. Le nombre d'enfants gitans atteints de tuberculose a été multiplié par trois en quatre ans. Mais des facteurs médicaux ont également contribué à cette augmentation : la diminution du nombre de spécialistes de la tuberculose, le manque de médicaments antituberculeux, une mauvaise administration du traitement et le manque de matériel et de fournitures pour le dépistage des cas et le diagnostic.

Le programme national de lutte contre la tuberculose : Le PNT a été mis en oeuvre en Roumanie en 1977 : 199 dispensaires ont été mis en place (un dispensaire pour 115 000 habitants), chacun couvrant une zone ne dépassant pas 100 km de diamètre; 11 578 lits sont réservés à la tuberculose, ce qui est excessif; 85 à 88 % du budget total de la tuberculose est affecté à ces lits; il ne reste que 12 à 15 % pour les soins ambulatoires. La chimiothérapie de brève durée est utilisée en Roumanie : HRSZ pendant trois mois, puis HR pendant trois autres mois, administrés deux fois par semaine dès le début.

Des évaluations récentes (1986-1987) ont fait état de faibles taux d'échecs thérapeutiques (4,9-5,2 %) et de rechutes bactériologiques (2,7-2,8 %), mais les échecs du retraitement atteignent 24 %. L'échec est dû dans plus de 50% des cas au fait que les médicaments n'ont pas été pris convenablement: 14,7 % des patients n'avaient pas suivi leur traitement après leur sortie de l'hôpital, 21,3 % l'ont abandonné avant 18 mois et 17,3 % ne l'avaient pris qu'irrégulièrement. Une pharmacorésistance a été décelée dans 18,9 % des cas d'échecs ayant fait l'objet d'investigations. La présence de maladies associées à la tuberculose telles que le diabète sucré, la silicose, les troubles psychiatriques et l'alcoolisme a également été invoquée pour expliquer des échecs de traitement.

La grande majorité des patients chroniques étaient des chômeurs, des sans abris et des alcooliques. Le traitement dans ces conditions est difficile et la guérison n'est obtenue que dans environ 20 % des cas. La plupart meurent de tuberculose ou d'autres maladies. La durée moyenne de survie (depuis le stade chronique jusqu'au décès) est de 7,3 ans. Les cas chroniques sont des sources durables d'infections et sont responsables chaque année d'infections chez 13 à 14 % des enfants atteints d'un tuberculose primaire.

Recommandations : Pour améliorer la situation actuelle, il faudra élaborer un nouveau PNT qui comprendra les mesures suivantes :

- i) Une réduction du nombre de lits dans les hôpitaux réservés aux tuberculeux et les sanatoriums. Les crédits, le matériel et le personnel ainsi libérés devraient permettre de réorganiser et de renforcer les services ambulatoires.
- ii) L'équipement de toutes les unités antituberculeuses en matériel moderne (radiographie, radiographie de masse, microscopie et culture) et la réorganisation des services de laboratoires bactériologiques pour la recherche de *M. tuberculosis*, en leur fournissant les réactifs nécessaires et en recyclant le personnel.
- iii) La normalisation du traitement antituberculeux, qui doit être appliqué uniformément dans tout le pays. Les quantités de médicaments nécessaires devront être garanties au niveau national et distribuées de façon optimale dans tous les districts. A cet égard, un stock central de médicaments antituberculeux devra être constitué pour répondre à l'ensemble des besoins sur le terrain.

- iv) La fourniture d'aiguilles et de seringues jetables pour les injections de streptomycine et les vaccinations par le BCG.
- v) Le développement des moyens de recherche opérationnelle et l'élaboration d'un plan de recherche pour l'Institut de pneumo-phtisiologie de Bucarest afin de trouver les meilleures solutions aux problèmes actuels.

En réponse aux questions, le Dr Mihailescu a déclaré que l'infection à VIH ne jouait pas un rôle majeur dans l'augmentation de l'incidence de la tuberculose en Roumanie, bien que cette maladie ait été observée en association avec le SIDA chez 58 enfants.

#### 7. PHARMACORESISTANCE. PENURIE DE MEDICAMENTS ET MISE AU POINT DE MEDICAMENTS AUX ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Le Dr Snider a fait savoir que le nombre de cas de tuberculose notifiés chaque année aux Etats-Unis avait augmenté de 16 % depuis 1985. Les plus fortes augmentations ont été enregistrées dans le groupe d'âge 25-44 ans, dans lequel le plus grand nombre de cas de SIDA a été enregistré. En outre, au cours des deux dernières années, plusieurs poussées épidémiques de tuberculose polypharmacorésistante se sont produites, notamment chez des personnes infectées par le VIH. La résistance à l'isoniazide et à la rifampicine est la plus courante. Le risque accru de transmission nosocomiale de micro-organismes pharmacorésistants à des patients ou au personnel de santé a été étudié dans des établissements où sont soignées des personnes infectées par le VIH. La mortalité due à la tuberculose polypharmacorésistante est élevée. D'après les premières indications, près de 34 % des patients tuberculeux de New-York excréteraient des micro-organismes pharmacorésistants; dont 19 % des micro-organismes résistant à l'isoniazide et à la rifampicine (30 % des patients déjà traités et 8 % des cas nouveaux). Les données préliminaires de la surveillance nationale de la pharmacorésistance indiquent que 13 % des cas testés présentent des micro-organismes pharmacorésistants - 3,5 % résistant à l'isoniazide et à la rifampicine. La pharmacorésistance compromet sérieusement les efforts de lutte contre la tuberculose dans plusieurs régions du pays.

Parallèlement à l'augmentation du nombre de cas et à l'augmentation de la pharmacorésistance, il y a eu des pénuries de médicaments antituberculeux dont l'isoniazide, l'éthionamide, la cyclosérine, la capréomycine, la streptomycine et le PAS. Ces pénuries ont été attribuées à plusieurs facteurs :

- i) l'existence d'un seul fournisseur du produit en vrac;
- ii) l'existence d'un seul fournisseur du produit pharmaceutique fini;
- iii) l'absence de surveillance nationale des stocks de médicaments;
- iv) le fait que certains fabricants ne satisfont pas les normes fixées par la Food and Drug Administration des Etats-Unis;
- v) le manque d'incitation financière pour encourager les sociétés pharmaceutiques à poursuivre la production de médicaments antituberculeux.

Les sociétés pharmaceutiques ne voyant que peu d'intérêt sur le plan financier à produire des médicaments antituberculeux ne mettent pas au point de nouveaux produits. Plusieurs méthodes ont été proposées pour promouvoir la mise au point de produits nouveaux. Elles seront examinées lors d'une réunion prévue pour 1992 et coparrainée par l'American Thoracic Society et la Pittsfield Antituberculosis Association. Le Dr Snider a invité l'OMS à se faire représenter à cette réunion.

## 8. PROBLEMES D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX

Mme D. Weil a décrit les problèmes rencontrés en matière d'approvisionnement en médicaments antituberculeux. La stratégie mondiale de lutte antituberculeuse de l'OMS repose sur l'aptitude des PNT à repérer et à traiter rapidement les patients tuberculeux infectieux au moyen de la chimiothérapie de brève durée. Cette stratégie exige un approvisionnement ininterrompu en quatre médicaments antituberculeux ou plus, de qualité fiable et à un prix abordable et la distribution de ces médicaments dans les délais voulus aux patients qui en ont besoin. Le coût des médicaments représente 20 à 40 % du budget de la plupart des programmes nationaux.

Les pénuries de médicaments peuvent être dues : i) à des variations imprévues de consommation; ii) à l'achat tardif des médicaments; iii) à la non-disponibilité de ces médicaments sur le marché pharmaceutique; iv) à des retards dans la chaîne de distribution des médicaments. Chacun de ces problèmes potentiels doit être résolu par le programme national de lutte antituberculeuse avec une assistance technique et un soutien financier extérieur si nécessaire.

Trois préoccupations fondamentales concernant l'approvisionnement en médicaments antituberculeux doivent être examinées au niveau international :

- i) la prévision exacte des besoins en médicaments au niveau mondial,
- ii) la production de médicaments de qualité vérifiée,
- iii) un financement suffisant de l'approvisionnement en médicaments et l'achat de médicaments à bas prix.

### 8.1 Prévision des besoins en médicaments au niveau mondial

L'OMS estime qu'en 1990 les dépenses en médicaments destinés à traiter les patients des pays en développement se sont élevées à 93 millions, dont 45 % pour la Région OMS de l'Asie du Sud-Est. Des modèles de prévision plus précis doivent être mis en place pour estimer les quantités de médicaments nécessaires et leur coût pour aider à planifier, aux niveaux national et mondial, la lutte antituberculeuse.

### 8.2 Production de médicaments, coût et assurance de la qualité

Production : Le secrétariat du programme a fait une première tentative limitée pour dresser une liste des producteurs de médicaments antituberculeux. En fait, le nombre de sociétés qui produisent régulièrement des médicaments antituberculeux est très restreint et toutes dépendent d'un nombre encore plus limité de fournisseurs de produits en vrac.

La production de médicaments antituberculeux n'est généralement pas considérée comme un secteur très attractif dans le domaine pharmaceutique, car elle n'est pas très rentable. La demande limitée de médicaments de première et de seconde intention au cours des dix dernières années a fait que les entreprises n'étaient pas fortement incitées à continuer à jouer un rôle majeur sur le marché. A mesure que les initiatives nationales de lutte antituberculeuse se développeront, la demande de médicaments sur le marché international devrait augmenter; cependant, des stratégies et mécanismes nouveaux risquent d'être nécessaires pour assurer un approvisionnement continu en médicaments.

Coût des médicaments : Le coût estimatif d'un schéma complet de chimiothérapie de brève durée pour un nouveau patient à frottis positif au moyen d'un schéma de traitement recommandé par l'OMS se situe entre US \$22 et US\$ 66 selon le schéma utilisé. Il semble cependant y avoir un écart important entre les prix modiques pratiqués sur le marché international et les prix effectivement payés par de nombreux pays. Dans certains pays, les prix des médicaments augmentent. Les principaux fournisseurs laissent entendre que faute d'une augmentation sensible de la demande, les prix des médicaments antituberculeux risquent d'augmenter du fait des tendances inflationnistes générales. Au niveau international, les prix pratiqués par la Division des approvisionnements de l'UNICEF et par l'International Dispensary Association (IDA) depuis 1988 pour la rifampicine et la pyrazinamide, deux des médicaments les plus chers, ont diminué au cours des dernières années.

L'un des facteurs qui pourrait accroître le coût de base des médicaments serait la modification éventuelle du conditionnement des médicaments demandé par les PNT. En effet, les plaquettes thermoformées de médicaments antituberculeux suscitent de plus en plus d'intérêt car elles facilitent l'administration du traitement aussi bien pour le prestataire de soins que pour le patient et permettraient donc d'améliorer l'observance.

On espère que l'augmentation de la demande de médicaments antituberculeux qui devrait accompagner le renforcement des efforts mondiaux de lutte se traduira par une diminution du prix des produits finis.

Assurance de la qualité : Pour vérifier que les médicaments sont sans danger et efficaces, la qualité des produits en vrac et des formes pharmaceutiques finies doit être contrôlée. Des travaux de recherche récents laissent supposer que la biodisponibilité de la rifampicine sous forme de comprimés en association fixe est probablement la préoccupation la plus importante sur le plan de la qualité. Les principaux problèmes décelés lors des épreuves de biodisponibilité sérique ont été attribués à certaines associations fixes d'isoniazide/rifampicine/pyrazinamide en vente sur le marché international. Parce que les essais de biodisponibilité sont trop coûteux pour la plupart des pays en développement, il faudrait effectuer des recherches indépendantes afin d'évaluer une plus large gamme de formulations de rifampicine disponibles sur le marché pour aider à déterminer si certaines formulations devraient être évitées et où résident les principaux problèmes. Outre la biodisponibilité, il faudrait évaluer la stabilité des formulations pharmaceutiques, notamment en climat tropical.

Au cours des vingt-cinq dernières années, l'OMS et d'autres institutions ont mis au point un certain nombre de mesures destinées à améliorer la capacité des pays en développement d'évaluer la qualité des médicaments importés ou produits localement. Une des principales mesures a été l'élaboration de normes de bonne pratique en matière de fabrication adoptées par la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA28.65. Les pays peuvent se servir de ces normes comme critère de base dans le choix des fournisseurs. L'OMS a également mis au point un système de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international, dont la plus récente révision doit être approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé. Cent trente pays ont accepté d'y participer.

Plusieurs programmes de l'OMS s'efforcent, en collaboration avec des représentants de l'industrie pharmaceutique et d'autres institutions, d'aider les pays en développement à améliorer les installations locales de contrôle de la qualité, notamment en assurant une formation et en fournissant du matériel. Grâce à cette aide, davantage de pays devraient être capables d'effectuer certains tests simplifiés d'assurance de la qualité sur les médicaments importés ou sur des médicaments faisant l'objet de contrats avec des fournisseurs locaux. L'OMS et l'industrie souhaitent aussi mettre au point de nouvelles méthodes de surveillance de la qualité des médicaments, moins coûteuses et moins sophistiquées et qui puissent être appliquées dans les pays en développement.

### 8.3 Financement des approvisionnements et achat des médicaments

Financement : L'un des principaux problèmes auxquels sont confrontés la plupart des PNT, et les programmes de médicaments essentiels en général, dans les pays en développement est le manque de moyens financiers pour l'achat des médicaments. Il existe différentes possibilités pour financer l'approvisionnement en médicaments :

- i) le gouvernement prend en charge la totalité des dépenses en médicaments (en récupérant ou non une partie des coûts auprès des patients tuberculeux),
- ii) les organismes donateurs et/ou des ONG prennent en charge la totalité des dépenses,
- iii) les gouvernements et les organismes donateurs/ONG prennent en charge conjointement les dépenses,
- iv) les autorités des provinces ou des Etats sont partiellement responsables du financement.

Méthodes d'achat: Les gouvernements, les donateurs ou d'autres organismes indépendants ont le choix entre plusieurs possibilités :

- i) achat direct auprès de fournisseurs nationaux ou internationaux;

- ii) achat négocié avec de fournisseurs nationaux ou internationaux;
- iii) adjudication ouverte ou restreinte au plan national;
- iv) adjudication ouverte ou restreinte au plan international.

Recours aux organismes d'achat : plusieurs organismes à but non lucratif se chargent d'acheter des médicaments essentiels, y compris des médicaments antituberculeux, et de les revendre à des prix abordables aux pays en développement. C'est le case de l'UNICEF avec sa Division des Approvisionnements, de l'IDA mais aussi de l'OMS et de l'OPS qui offrent des services d'achat contre remboursement à leurs Etats Membres. Ces organismes pourraient jouer un rôle plus important dans l'achat de médicaments antituberculeux et tous ont obtenu des prix relativement bas pour les médicaments antituberculeux ces dernières années. Un autre avantage de l'achat de médicaments à travers ces organismes est qu'ils ont adopté les normes d'assurance de la qualité suggérées dans le système de certification OMS, des essais étant effectués par une commission indépendante si nécessaire.

Bien que n'agissant pas officiellement comme un organisme d'achat, l'UICMR a joué un rôle particulièrement important en fournissant des médicaments antituberculeux aux PNT avec lesquels elle travaille. Le financement de ces approvisionnements est assuré par des organismes bilatéraux. L'Association allemande de Secours aux Lépreux a également acheté des médicaments antituberculeux pour le compte de plusieurs pays. Ces achats sont généralement destinés aux services de lutte antituberculeuse de régions où la lutte antilépreuse est très active et qui bénéficient d'une aide de l'Association allemande de Secours aux Lépreux.

Achat groupé de médicaments : il a souvent été suggéré que les PNT auraient intérêt à envisager l'achat groupé de médicaments antituberculeux. Cela suppose que plusieurs pays ou institutions se groupent pour effectuer des commandes de médicaments et lancer des appels d'offres communs ou négocier collectivement avec les fournisseurs. L'achat groupé présente de nombreux avantages non négligeables pour les pays :

- i) le choix des fournisseurs sera sans doute amélioré en raison de l'importance des commandes;
- ii) les prix baisseront sans doute ou des réductions seront accordées pour les achats importants;
- iii) l'assurance de la qualité sera certainement facilitée du fait que la recherche des fournisseurs possibles sera effectuée par le groupe et que les installations de contrôle de la qualité disponibles pourront être utilisées conjointement;
- iv) des contrats à plus long terme pourront être passés avec les fournisseurs, ce qui augmentera encore les possibilités de bénéficier de réductions ou de prix fixes;
- v) les retards de livraison seront sans doute également réduits si les fournisseurs reçoivent davantage de commandes fermes et si les livraisons sont espacées, ce qui permet des cycles de production plus réguliers.

Il existe plusieurs exemples de systèmes d'achat groupé efficaces en Afrique du Nord, dans les Caraïbes orientales et avec l'UICMR. La difficulté d'obtenir l'accord du Gouvernement ou, pour certains pays, de distinguer les achats de médicaments antituberculeux des autres achats de médicaments peut constituer un obstacle à l'achat groupé. Le principal obstacle à la conclusion d'accords d'achat groupé sans financement extérieur, sera sans doute généralement le manque de devises fortes ou de financement sûr, qui permette de garantir une participation aux commandes jointes ou des contrats à plus long terme.

#### 8.4 Activités programmatiques proposées pour améliorer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux

Le programme prévoit et mène effectivement toute une gamme d'activités destinées à améliorer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux dans le cadre de son appui aux programmes nationaux, qui consistent à : a) mettre au point une base de données concernant les capacités mondiales de production

d'antituberculeux; b) évaluer les méthodes actuelles d'achat et de distribution de médicaments dans les pays en développement; c) élaborer des modèles de prévision des besoins en médicaments; d) traiter les questions de la fourniture et de la distribution des médicaments dans le cadre des activités de formation, de surveillance et d'examen des programmes; e) mener une recherche opérationnelle pertinente; f) faciliter le financement et l'achat de médicaments; g) évaluer la faisabilité de fonds de roulement et/ou d'achat conjoint de médicaments et l'efficacité des méthodes utilisées; h) soutenir les essais de biodisponibilité et améliorer les méthodes peu coûteuses d'assurance de la qualité des médicaments dans les pays en développement; et i) coordonner les activités avec celles des programmes connexes au niveau international, en particulier celles du programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels et du programme des préparations pharmaceutiques.

Dans son projet de budget programme pour 1992-1993, le programme propose de créer un poste professionnel supplémentaire au Secrétariat, qui serait chargé exclusivement des questions ayant trait aux médicaments.

#### 8.5 Avis du CARG sur les questions relatives aux médicaments

Les membres du CARG ont largement suivi le Secrétariat et estiment eux aussi que le fait d'assurer un approvisionnement suffisant en médicaments antituberculeux d'une qualité contrôlée à des prix raisonnables devrait être la priorité absolue du programme. Le manque de devises fortes est un problème dans de nombreux pays, mais certains utilisent parfois ces devises pour se procurer des médicaments qui ne sont pas toujours essentiels et sont parfois même inutiles. Il est donc important pour le programme de collaborer avec le programme d'action pour les médicaments essentiels (DAP) afin d'aider les pays à élaborer une politique plus rationnelle d'achat des médicaments. Le CARG a également soutenu les efforts du programme en vue de coordonner ses travaux avec ceux d'autres programmes de l'OMS possédant une expérience et des compétences dans ce domaine.

Les participants se sont déclarés inquiets du degré important de pharmacorésistance signalé dans les Etats Membres. La surveillance de la pharmacorésistance doit être mise en oeuvre à l'échelle mondiale. Les informations disponibles laissent à penser que le degré de pharmacorésistance en Asie pourrait être important. Des politiques stables et normalisées de traitement et de prise en charge des cas devraient être mises au point et suivies pour prévenir une nouvelle aggravation de la pharmacorésistance. Une supervision adéquate du traitement est essentielle au succès des PNT. Le contrôle strict des approvisionnements en médicaments antituberculeux afin d'éviter qu'ils soient utilisés à d'autres fins ou revendus sur le marché noir est également essentiel.

Le Secrétariat a approuvé ces recommandations des membres du CARG et leur a assuré que beaucoup de ces questions faisaient déjà l'objet de modules de formation de l'Organisation et d'une collaboration avec d'autres programmes compétents de l'OMS. Les plans programmatiques prévoient déjà une surveillance de la pharmacorésistance dans les années à venir.

### 9. RAPPORT DE SITUATION

Le Dr A. Kochi a fait rapport sur les progrès du programme au cours des six derniers mois dans les domaines suivants : appui aux programmes nationaux, recherche opérationnelle, recherche et développement, et gestion et coordination.

#### 9.1 Appui aux programmes nationaux

L'appui aux programmes nationaux comprend deux éléments principaux : l'appui de base et l'appui intensifié.

Un appui de base est offert à tous les Etats Membres sur leur demande. Les activités ont été entreprises dans trois domaines :

- i) Elaboration et mise à disposition d'instruments essentiels pour une mise en oeuvre efficace du PNT. Le programme a élaboré de nouveaux principes directeurs en matière de traitement, rédigé deux rapports qui figuraient parmi les documents de fond présentés à la réunion et rédigé un rapport sur l'élimination de la tuberculose dans les pays d'Europe et d'autres pays industrialisés, en collaboration avec l'UICITMR.
- ii) Séminaires et cours de formation. Des modules de formation à l'intention des administrateurs de niveau intermédiaire ont été élaborés et seront examinés par des experts extérieurs. Les modules seront prêts à être testés sur le terrain en avril 1992.

Deux séminaires ont été organisés au Zimbabwe et au Venezuela, dont un par l'UICITMR avec l'aide de l'OMS, financé par Merrell Dow. Des administrateurs de programme de plus de 30 pays ont ainsi été formés à la nouvelle stratégie de lutte antituberculeuse.

Des cours de formation internationaux bénéficiant d'une aide de l'OMS ont continué à être organisés en Algérie, en Inde et au Japon et l'OMS a fourni un soutien à un nouveau cours de formation organisé par l'UICITMR qui offre aux participants la possibilité d'observer directement le bon fonctionnement du PNT en Tanzanie.

- iii) Examen ad hoc de l'approvisionnement en médicaments antituberculeux au niveau mondial.

Dans plus de dix pays, une nouvelle stratégie de lutte antituberculeuse a été mise en oeuvre grâce à l'intensification de l'appui offert par le programme; dans certains cas, on a commencé par préparer le terrain avant de mettre en oeuvre la stratégie. De manière générale, l'appui intensifié se décompose comme suit :

- i) réception d'une demande d'assistance d'un pays;
- ii) visite d'étude initiale afin d'évaluer la situation d'ensemble et les possibilités d'assistance;
- iii) mission(s) technique(s) afin d'établir un plan de projet (sélection de stratégies techniques, préparation de matériels de formation pour le PNT, systèmes et formulaires d'information, etc.);
- iv) fourniture d'un soutien financier limité jusqu'à réception de ressources extérieures;
- v) mobilisation de ressources extérieures;
- vi) visite de suivi tous les six mois pour évaluer les progrès accomplis.

## 9.2 Recherche opérationnelle

Une analyse coût/efficacité financée par l'OMS des différentes méthodes de supervision de l'application de la chimiothérapie de brève durée vient d'être achevée. Une version révisée du rapport de l'étude a été publiée dans The Lancet en novembre.

Une étude portant sur les coûts, l'efficacité et l'efficacité par rapport au coût de la chimiothérapie courte au Botswana, pays en développement à revenu intermédiaire, a été entreprise. La collecte des données est achevée et l'analyse de celles-ci a commencé.

Une étude d'intervention "dirigée" a été entreprise en coopération avec le Gouvernement thaïlandais et des experts des Pays-Bas. Il s'agira d'étudier dans quatre provinces la faisabilité de différentes méthodes de dépistage et de traitement qui puissent être mises en place en utilisant pleinement l'infrastructure sanitaire relativement bien développée de la Thaïlande.

Une étude d'intervention a été entreprise au Malawi afin d'évaluer l'efficacité des nouvelles directives de traitement appliquées pour les cas de tuberculose à frottis négatif et extrapulmonaire. L'étude cherchera

également à élaborer des stratégies afin de surmonter les problèmes de prestation de services face à la pandémie d'infection à VIH.

### 9.3 Recherche et développement

En collaboration avec GPA, 14 projets de recherche sont en cours en Afrique, en Amérique latine et dans les Caraïbes. Il s'agit de quatre études épidémiologiques, de cinq études cliniques, d'une étude sur le BCG et de quatre études sur le traitement préventif.

Deux études en cours destinées à surveiller la séroprévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux en Ouganda et en Tanzanie sont en cours avec l'appui du Programme. Les résultats préliminaires de ces études indiquent une prévalence globale de l'infection à VIH de 50 % et plus dans les deux pays. Une étude analogue menée en Tanzanie afin de déterminer l'impact du VIH sur la transmission de la tuberculose laisse supposer que, malgré un doublement des cas en sept ans, la transmission de la tuberculose traduite en risque annuel d'infection n'a pas augmenté. Il y a donc lieu d'espérer que des PNT efficaces comme en Tanzanie, où le programme a atteint un taux de guérison de 80 % et un taux de dépistage de 65 %, peuvent aider à prévenir l'augmentation de la transmission de la tuberculose face à la pandémie d'infection à VIH.

Une étude sur le risque de co-infection par la tuberculose chez les accouchées infectées par le VIH au Rwanda a établi que ce risque était d'environ 5 % par an.

Des études sont en cours afin de fournir des informations plus précises sur la présentation clinique de la tuberculose et d'autres maladies pulmonaires en cas d'infection par le VIH, d'évaluer le rôle du diagnostic sérologique de la tuberculose dans l'infection à VIH, d'étudier l'efficacité de la thérapie de brève durée et d'un traitement supprimeur ultérieur à long terme par l'isoniazide et d'obtenir des informations sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les enfants infectés par le VIH.

Une étude sur le BCG chez le nouveau-né laisse supposer que la vaccination ne présente pas de risque inconsidéré chez l'enfant infecté par le VIH, ce qui vient étayer la politique de l'OMS concernant l'utilisation de BCG dans les régions à forte prévalence de l'infection par le VIH.

Enfin, le programme soutient, avec l'aide financière du programme mondial de lutte contre le SIDA, des études d'efficacité de l'isoniazide et de la chimiothérapie préventive de courte durée et des études de faisabilité du traitement préventif par l'isoniazide afin de déterminer si cette intervention pourrait permettre d'endiguer la tuberculose associée à l'infection par le VIH.

En ce qui concerne le développement de nouveaux médicaments, le programme a soutenu une étude mettant en évidence l'activité antituberculeuse remarquable d'un nouveau dérivé de la quinoléine, la sparfloxacine, chez un modèle animal (souris), et continue à soutenir d'autres études sur ce composé.

En collaboration avec IMMTUB, le programme soutient une évaluation de l'utilité de la PCR dans le diagnostic de la tuberculose paucibacillaire ainsi que des études concernant l'application du RFLP aux études épidémiologiques.

### 9.4 Gestion et coordination

Deux activités importantes ont été entreprises au cours des six derniers mois à la demande du CARG à sa première réunion. Il s'agit tout d'abord de l'élaboration de la structure gestionnaire du programme avec l'aide du groupe spécial du CARG sur la structure gestionnaire et le concours d'autres programmes de l'OMS; quatre documents ont été établis qui seront examinés à la prochaine session.

Un document intitulé "Projet de plan de travail et budget du Programme de lutte contre la tuberculose : 1992-1993" a été établi. Deux groupes spéciaux composés de plusieurs experts extérieurs et de personnel du programme ont été chargés d'élaborer des plans de travail pour la recherche opérationnelle et les activités de

recherche et développement. Le groupe chargé de la recherche opérationnelle était présidé par le Dr Christopher Murray et le groupe recherche et développement par le Dr John Grange.

Outre des experts extérieurs et des consultants à court terme, le programme emploie douze fonctionnaires de la catégorie professionnelle et six de la catégorie des services généraux au Siège et dans les bureaux régionaux, dont certains au bénéfice de contrats de courte durée. Le secrétariat est convaincu que le personnel est tout à fait capable de mettre en oeuvre avec succès les activités proposées pour le prochain exercice avec l'aide de quelques personnes supplémentaires qui pourraient être recrutées au cours des deux prochaines années.

#### 9.5 Réaction du CARG

Le CARG a accueilli avec satisfaction le rapport de situation du secrétariat et félicité le personnel pour la qualité des exposés et des rapports.

#### 10. STRUCTURE GESTIONNAIRE

A sa réunion des 2 et 3 mai 1991, le CARG a créé un groupe spécial chargé de le conseiller sur la structure gestionnaire du programme. Le groupe spécial (CARG-TF) s'est réuni les 15 et 16 août 1991 et a réaffirmé le principe approuvé lors de la réunion du CARG des 2 et 3 mai 1991, à savoir que le programme devait s'efforcer avant tout de favoriser et de faciliter l'action des PNT en faisant appel pour cela à tous les niveaux de l'Organisation. Le groupe spécial a approuvé le champ d'action, la répartition des activités et les principes de gestion du programme proposés par le secrétariat, à savoir :

- i) le programme est chargé d'entreprendre des activités dans trois domaines principaux : appui aux PNT, recherche opérationnelle et recherche et développement;
- ii) un bon équilibre pour le budget du programme consisterait en environ les deux tiers à l'appui de la lutte contre la maladie et le tiers à l'appui de la recherche, recherche et développement et recherche opérationnelle confondues;
- iii) afin que les activités de recherche soutiennent au maximum les activités de lutte contre la maladie, les trois domaines d'activité susmentionnés devraient relever de la même gestion d'ensemble;
- iv) le programme devrait s'efforcer d'établir une collaboration active avec tous les programmes pertinents de l'OMS.

Le CARG-TF a prié le secrétariat d'élaborer des propositions plus détaillées en tenant compte de ses conclusions et recommandations. Ces propositions sont brièvement résumées ici. Toutes ces propositions tiennent compte des suggestions du CARG-TF.

Le projet de mandat révisé du nouveau "CARG", comprenant un comité permanent, a été présenté. Dans un souci de simplification des procédures opérationnelles, le secrétariat a proposé que la CARG adopte une procédure de tirage au sort pour la sélection des membres de la CARG en provenance de pays où la tuberculose est endémique, en prenant en considération la répartition géographique. Pour les donateurs contribuant aux ressources extrabudgétaires, il est proposé que les membres du CARG soient choisis en fonction de l'importance de leur contribution.

Le groupe spécial a retenu deux possibilités concernant la responsabilité des activités scientifiques et techniques du programme.

- i) la création d'un sous-comité du CARG spécifiquement chargé du programme; ou bien

- ii) l'utilisation des mécanismes consultatifs d'autres programmes moyennant des modifications appropriées (par exemple : TDR-STAC, EPI-RDG, CDD-TAG, ARI-TAG, PVD-SAGE, etc.).

Le secrétariat a examiné ces solutions et recommande de créer un sous-comité consultatif technique et de la recherche (TRAC) qui serait chargé de conseiller le CARG sur les aspects scientifiques et techniques de la lutte antituberculeuse et de lui faire rapport.

#### 10.1 Administration de la recherche opérationnelle

En ce qui concerne la recherche opérationnelle, la plupart des membres du CARG-TF étaient d'avis que la responsabilité en incombe avant tout au programme mais qu'une collaboration avec d'autres programmes serait bénéfique si des modalités de travail acceptables étaient mises au point. Le groupe spécial a proposé au CARG d'examiner les trois possibilités suivantes :

- i) confier la responsabilité de la gestion de la recherche opérationnelle uniquement au programme, étant entendu que cela comporte l'obligation de consulter tous les autres programmes compétents de l'OMS ayant une expérience de la recherche opérationnelle et de collaborer avec eux (CDD, EPI, IRA, TDR, HSR, DAP, etc.);
- ii) responsabilité partagée avec un autre programme OMS choisi parmi ceux qui ont une expérience de la recherche opérationnelle, à savoir par exemple CDD, ARI, TDR, EPI, HSR, GPA, etc.;
- iii) responsabilité partagée avec plusieurs autres programmes de l'OMS choisis parmi les programmes susmentionnés au ii).

Le secrétariat a évalué ces possibilités et propose d'adopter l'option i).

#### 10.2 Administration de la recherche - développement

En ce qui concerne l'élément recherche-développement du programme, le groupe spécial du CARG a approuvé le principe de deux comités d'orientation: un chargé de la recherche fondamentale sur les mycobactéries (immunologie, biologie moléculaire, etc.) et l'autre du développement des médicaments. Ces deux comités d'orientation seraient organisés conjointement avec les comités d'orientation compétents d'autres programmes, notamment TDR, GPA et PVD. Le groupe spécial a demandé au secrétariat de faire des propositions précises au CARG concernant la mise en oeuvre de cette responsabilité conjointe après consultation des autres programmes intéressés.

La gamme des possibilités envisagées en ce qui concerne l'administration de la recherche-développement pour la lutte antituberculeuse est la suivante :

- i) gestion scientifique, administrative et financière assurée uniquement par le programme;
- ii) gestion assurée uniquement par TDR, ce qui exigerait une modification du mandat de TDR;
- iii) gestion conjointe par GPA, PVD, TDR et le programme, rendue possible par un renforcement des comités d'orientation;
  - a) sans modification du mandat de TDR; ou
  - b) en modifiant le mandat de TDR de sorte que des fonds pourraient être affectés à des projets de recherche sur la tuberculose par l'intermédiaire du TDR également;

- iv) gestion globale de la recherche sur la lèpre et la tuberculose par CDS. Cette possibilité exige également une modification du mandat de TDR.

Toutefois, l'option ii) n'est pas jugée appropriée pour les motifs suivants : a) la position de l'OMS est que le programme devrait être orienté à la fois sur la lutte et sur la recherche ainsi que l'a décidé la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé;<sup>1</sup> b) le CARG et le CARG-TF ont approuvé le principe selon lequel les activités de lutte et les activités de recherche devraient être administrées conjointement.

L'option iii) b) serait intéressante si la modification du mandat de TDR entraînait une augmentation du volume total des ressources disponibles pour les activités de recherche du programme. Le Comité permanent de TDR a décidé récemment que cette option iii) b) ne serait pas recommandée. Aussi l'OMS suggère-t-elle de retenir l'option iii) a).

Un mode d'exécution possible a déjà été envisagé par les programmes concernés à l'OMS.

Cette option est un peu compliquée sur le plan administratif du fait qu'elle implique la participation de quatre programmes (GPA, PVD, TDR et le programme), mais ce serait une façon rentable pour le programme d'élargir ses activités de recherche-développement.

### 10.3 Avis du CARG sur les propositions relatives à la structure gestionnaire

Les propositions concernant la structure gestionnaire ont fait l'objet d'un débat animé. Le Secrétariat a reçu de nombreuses suggestions et observations concernant les propositions, qui seront prises en considération dans l'élaboration de la structure détaillée. Le Secrétariat a réaffirmé aux participants que la modification de la Constitution du CARG et le mandat du nouveau CARG seraient conformes aux termes de la résolution WHA44.8 et que le Directeur général reconstituerait le CARG de façon appropriée avec un apport du programme.

La composition et la méthode de sélection des membres du nouveau CARG ont été longuement examinées. L'approche générale fondée sur une vaste représentation géographique, une large représentation des membres des pays à forte prévalence, une représentation importante des organismes donateurs et la représentation des ONG a été totalement approuvée. Une forte participation des administrateurs de PNT de pays en développement aidera à faire en sorte que le programme reste bien axé sur les besoins de ces pays et devrait assurer également une mise en oeuvre plus rapide du programme global. La participation des organismes donateurs est nécessaire pour assurer la continuité du soutien financier.

Les membres du CARG se sont inquiétés du fait que la proposition de reconstitution du CARG ne laisse pas au Secrétariat suffisamment de souplesse pour sélectionner le nombre de membres le plus approprié. On s'est par ailleurs préoccupé du fait que les spécialistes de la tuberculose de pays développés seraient exclus du CARG puisque les organismes donateurs pourraient envoyer des représentants spécialisés dans d'autres domaines. Plusieurs participants ont jugé important que des spécialistes de la tuberculose de pays développés siègent au CARG. Il a donc été suggéré d'augmenter le nombre de membres du CARG pour en tenir compte. En ce qui concerne le rôle des bureaux régionaux de l'OMS dans la sélection des membres, ils seront consultés de façon informelle, mais ne désigneront pas officiellement de membres. De nombreux participants étaient favorables à une représentation permanente de l'UICITMR au CARG. Il a été décidé que l'UICITMR serait certainement invitée à siéger au CARG, mais que le statut de membre permanent ne serait accordé automatiquement à aucune organisation, car il est impossible de prévoir comment évoluera la situation.

Un autre aspect important de la proposition a suscité de nombreux commentaires : la nécessité de mieux clarifier la responsabilité dévolue au Sous-Comité consultatif technique et de la recherche de passer en revue

---

1 "La Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ... ENTERINE l'approche fondée à la fois sur l'action et sur la recherche, qui a été adoptée par le programme et constitue le meilleur moyen de parvenir à une réduction de la mortalité et de la morbidité dues à la tuberculose;" (WHA44.8).

régulièrement, outre les activités de recherche, les aspects opérationnels du programme. De plus, il a été suggéré que les ONG soient représentées dans chacun des organes du programme, et surtout dans les organes scientifiques. Les ONG doivent également préparer le terrain et encourager la participation de l'OMS dans un pays.

L'importance de la collaboration et de la coordination entre les trois comités d'orientation de la recherche a été soulignée.

La proposition du Secrétariat concernant l'administration de l'élément recherche-développement du programme est celle qui a fait l'objet du débat le plus animé. Certains participants ont déclaré que la proposition du Secrétariat ne permettrait pas au programme TDR de solliciter et d'utiliser les fonds des donateurs pour mener des activités de recherche et développement sur la tuberculose. Ils ont estimé également que TDR avait une excellente réputation parmi les organismes donateurs en raison de la qualité de ses travaux scientifiques, mais aussi à cause de son unité de développement des produits et de son réseau bien organisé de recherches opérationnelles. C'est pourquoi certains donateurs préféreraient sans doute affecter des fonds à la recherche sur la tuberculose par l'intermédiaire du programme TDR, mais certains risquent aussi de ne pas apporter de contribution, du moins dans un premier temps, car le programme n'a pas encore fait ses preuves en matière de recherche. Cependant, de nombreux participants et donateurs ont reconnu qu'il était important de faire en sorte que les activités de recherche soutiennent au maximum les activités de lutte et ont donc estimé qu'à longue échéance l'intérêt de l'effort mondial de lutte contre la tuberculose était que le programme continué d'assumer la responsabilité de la recherche-développement. Par ailleurs, le Secrétariat a indiqué qu'il serait disposé à modifier la structure gestionnaire au cas où cela s'avérerait nécessaire à l'avenir.

## **11. PLAN DE TRAVAIL ET BUDGET**

Le Secrétariat a présenté son projet de plan de travail et de budget pour 1992-1993.

### **11.1 Plan de travail**

Les tâches prioritaires proposées pour 1992-93 sont les suivantes :

- i) Mettre en place une structure gestionnaire souple et efficace qui renforce le Programme et soit ouverte aux extérieurs. Le programme doit assurer la direction de l'effort mondial en vue de l'instauration d'une coalition, facteur déterminant pour la mobilisation des ressources nécessaires et l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles.
- ii) Entreprendre des activités de promotion dynamiques afin de sensibiliser l'ensemble des Etats Membres, les autres institutions des Nations Unies, les organismes bilatéraux, les ONG, les chercheurs et l'ensemble de l'opinion publique, et leur faire comprendre l'urgence du problème de la tuberculose.
- iii) Fournir une assistance technique, gestionnaire et informationnelle à tous les Etats Membres, afin de réduire l'écart des connaissances et compétences techniques entre les pays.
- iv) Apporter un appui intensifié à un nombre limité d'Etats Membres et les aider à mettre en place des PNT efficaces.
- v) Evaluer la situation mondiale de l'approvisionnement en médicaments antituberculeux (production, assurance de la qualité, achat, distribution et consommation).
- vi) Entreprendre des activités ciblées de recherche/développement qui produisent des résultats dans trois à cinq ans.

Pour exécuter ce plan de travail, le programme collaborera avec d'autres programmes ou bureaux régionaux de l'OMS, les Etats Membres, les donateurs, les ONG, etc. La collaboration avec d'autres programmes de

l'OMS élargira l'éventail des apports techniques disponibles, au delà de ce que le programme pourrait obtenir au moyen de ses seules ressources, permettant ainsi d'utiliser au mieux l'ensemble des ressources dont dispose l'OMS.

### 11.2 Budget

C'est la première fois que le programme présente, indépendamment du budget de l'OMS, un plan de travail biennal global et le budget correspondant. La présentation générale du budget a été arrêtée après consultation avec le groupe spécial du CARG en août 1991. Lors de l'élaboration du projet de plan de travail et de budget, les activités ont été classées selon les mêmes catégories que pour l'élaboration du budget programme de l'OMS, à savoir : niveau des pays, niveau régional et interpays, et niveau mondial et interrégional.

A sa réunion de mai 1991, le CARG a demandé au Secrétariat de préparer des budgets ayant trait aux différents niveaux d'activités programmatiques. A la suite d'un examen détaillé de la situation financière probable du programme en 1992-1993, il a été décidé de présenter des budgets pour deux niveaux d'activité : l'un intitulé "Projet de budget programme" (PBP) et l'autre "Budget d'austérité" (BA), ce dernier prévoyant une réduction d'environ 20 % des ressources. Le budget d'austérité proposé pour 1992-1993 s'élève à US \$14 927 700.

Pour 1992-1993, le montant total du projet de budget programme s'élève à US \$18 545 400, dont 4 179 300 financés au titre du budget ordinaire de l'OMS. Les formes plus directes de soutien aux initiatives nationales de lutte antituberculeuse représentent environ les deux tiers du budget total (activités au niveau des pays, y compris recherche opérationnelle spécifique aux pays, 34 %; activités au niveau régional et interpays, 14 %; et composante Appui aux programmes nationaux des activités "du Siècle", 16 %). Environ un quart du profit de budget est alloué à des activités de recherche administrées au niveau mondial (recherche opérationnelle "mondiale", 8 %; et recherche/développement, 14 %). Le solde sert à financer la gestion et la coordination du programme (9 %) et les coûts des services d'appui administratif (5 %). La recherche opérationnelle "mondiale" et spécifique aux pays représente environ 16 % du budget total.

La répartition du budget global entre les différents éléments budgétaires OMS fait apparaître une prédominance des fonds destinés au soutien opérationnel (58 %); viennent ensuite la gestion du programme - principalement le personnel - (36 %) et les réunions (6 %).

Avant 1990, le programme disposait d'un budget relativement modeste, inférieur à US \$2 millions par an, mais celui-ci a plus que doublé au cours des deux dernières années. Le projet de budget pour 1992 sera supérieur de 91 % à celui de 1991, et celui de 1993 sera de 31 % supérieur à celui de 1992.

La principale conséquence du budget d'austérité serait le ralentissement de l'appui effectif aux PNT. Mais il aurait aussi pour effet de réduire sensiblement les fonds destinés à la recherche-développement et aux activités de recherche opérationnelle "mondiale" afin de préserver la part du budget total consacrée à l'appui direct aux PNT.

### 11.3 Situation financière du programme

Les ressources destinées à financer le projet de programme pour 1992-1993 proviennent de diverses sources :

- i) Crédits du budget ordinaire de l'OMS pour 1992-1993;
- ii) Fonds extrabudgétaires reportés de l'exercice 1990-1991;
- iii) Recettes extrabudgétaires prévues pour 1992-1993; ce qui comprend également les contributions affectées au programme par l'intermédiaire d'autres programmes de l'OMS;
- iv) Autres recettes (intérêts perçus par exemple).

Dans la catégorie i), les crédits de budget ordinaire de l'OMS pour la tuberculose s'élèvent au total à US \$4 179 300, dont US \$2 477 500 au niveau des pays, et US \$302 600 au niveau régional et interpays, et US \$1 399 200 au niveau mondial et interrégional. Cette répartition et les procédures utilisées pour gérer les fonds du budget ordinaire resteront inchangées. Les activités qui doivent être financées par les fonds du budget ordinaire sont entièrement "préservées" dans le budget d'austérité.

Dans la catégorie ii), on estime (au 23 novembre 1991) qu'un solde de US \$532 700 sera disponible au 31 décembre 1991 sur les contributions extrabudgétaires versées antérieurement à l'OMS (Siège).

Dans la catégorie iii), les recettes extrabudgétaires prévues pour 1992-1993, à partir des annonces de contributions fermes (au 23 octobre 1991) pour les contributions à objet non désigné et les contributions à objet désigné pour des activités figurant dans le projet de budget programme, sont estimées à environ US \$3 750 000 en tenant compte des fluctuations des taux de change.

Dans la catégorie iv), un montant de US \$59 600 provenant des intérêts perçus sur les contributions extrabudgétaires sera crédité au programme en 1992.

La situation financière du programme prévue pour 1992-1993, estimée au 23 novembre 1991, est exposée à l'Annexe C.

Au 23 octobre 1991, le moins perçu apparent de ressources pour financer le PBP s'élevait à US \$10 023 800 pour la totalité du plan d'activités, ou à US \$6 406 100 pour le plan d'austérité.

Il est prévu de réduire ce déficit apparent de ressources grâce :

- i) aux annonces de contributions pour 1992 et/ou 1993 d'anciens donateurs qui n'ont pas encore indiqué le montant de leur contribution pour ces années;
- ii) aux annonces d'anciens donateurs qui n'ont pas encore annoncé de contribution pour la deuxième année de l'exercice 1992-1993;
- iii) à l'augmentation des contributions annoncées par les donateurs actuels; et
- iv) aux annonces de contributions des parties intéressées qui n'ont pas encore contribué au programme.

#### 11.4 Avis du CARG sur le budget, le plan de travail et la situation financière

Dans l'ensemble, les participants ont été très satisfaits du plan de travail et du budget proposé qui, à leur avis, étaient clairs et exposés de façon très compétente et très honnête. Le CARG a donné son aval au secrétariat pour la mise en oeuvre de ces plans.

Le Secrétariat a répondu aux nombreuses questions posées au sujet du plan de travail et du budget, éclairci certains points qui suscitaient intérêt et préoccupation, et décrit le projet de plan de travail et de budget d'une manière plus détaillée. Il a insisté sur l'importance de la recherche opérationnelle, surtout au niveau des PNT, pour évaluer et améliorer les activités de lutte.

L'absence de services de secrétariat au niveau régional a été jugée préoccupante. La charge que représente pour le personnel du Siège, des régions et des projets interpays le plan de travail proposé, suscite aussi une certaine inquiétude. Le programme a été prié de donner suffisamment de temps au personnel pour bien mettre en place le programme et fournir les meilleurs services.

Le manque d'informations sur les contributions multilatérales au PNT pose également problème. Le Secrétariat s'efforcera d'obtenir cette information.

On s'est inquiété également du fait que certains projets de recherche ne produisent pas de résultats utiles à court terme. Plusieurs membres ont demandé que l'on mette davantage l'accent sur la prévention de l'apparition de micro-organismes pharmacorésistants. Plusieurs suggestions ont été faites pour tenter de résoudre ce problème, par exemple de faire participer des centres universitaires aux programmes de formation OMS. Le Secrétariat a été prié de convoquer un groupe d'experts pour étudier le problème.

Plusieurs donateurs, dont le Japon et, les Pays-Bas, ont fait connaître leur intention d'accroître leur soutien financier. D'autres ont déclaré vouloir au moins maintenir leur soutien à son niveau actuel. Tous les donateurs ont manifesté le désir de continuer à participer au programme en espérant pouvoir continuer à lui apporter un soutien financier à l'avenir.

## **12. OBSERVATIONS DU DR VELAYATI**

Au cours de la réunion, Son Excellence le Dr Ali Akbar Velayati, Ministre des Affaires étrangères de la République islamique d'Iran, s'est adressé au CARG. Le Dr Velayati a demandé à l'OMS de renforcer les services de microscopie au niveau périphérique, de créer des laboratoires régionaux de référence, d'améliorer l'accès au stock de médicaments, de créer des comités TB/VIH dans chaque région OMS et de diffuser les techniques et les moyens de diagnostic les plus récents et les meilleurs dont on dispose. La République islamique d'Iran offre de coopérer avec l'OMS pour développer la production du BCG et de la tuberculine, de fournir des médicaments antituberculeux à bas prix aux pays à faible revenu et de créer un centre régional de référence qui puisse fournir une assistance technique et dispenser une formation.

## **13. HOMMAGE AU DR ANNIK ROUILLON**

Après avoir occupé pendant douze ans les fonctions de Directeur exécutif de l'UICTMR, le Dr Annik Rouillon prend sa retraite après une longue et brillante carrière. Le Secrétariat de l'OMS, les membres du CARG et tous les participants lui ont rendu hommage, soulignant en particulière son rôle dans la création du nouveau programme mondial de lutte contre la tuberculose, lui ont fait une ovation et souhaité une retraite heureuse.

## **14. PROCHAINE REUNION DU CARG**

Le Dr Henderson a proposé que la prochaine réunion dure trois jours, car le programme sera chargé. Plusieurs membres ont indiqué leur préférence pour le mois de novembre prochain à une date proche des dates de la réunion de l'UICTMR. Toutefois, pm évitera de choisir la période 16 au 19 novembre 1992, dates auxquelles doit se tenir le Congrès mondial de la tuberculose à Washington.

ANNEXE A

LISTE DES PARTICIPANTS

MEMBRES DU CARG

- Dr B. Bloom                      Professor, Department of Microbiology & Immunology, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, New York, Etats-Unis d'Amérique
- Dr M. Borgoño                    Conseiller au Ministère de la Santé, Ministère de la Santé, Santiago du Chili, Chili
- Dr P. Chaulet                    Professeur, Clinique de Pneumo-Phthisiologie, Centre hospitalier et universitaire de Beni-Messous, Alger, Algérie
- Dr J. Grosset                    Directeur, Département de Bactériologie et Virologie, Faculté de Médecine, Pitié-Salpêtrière, Paris, France (représentant également l'Association française Raoul Follereau)
- Dr N. D. Huong                 Directeur, Institut national de la Tuberculose et des Maladies respiratoires, Hanoi, Viet Nam
- Dr A. Salomao                  Directeur national de la Santé, Ministère de la Santé, Maputo, Mozambique
- Dr T. Shimao                    Président, Conseil des Directeurs, Association japonaise antituberculeuse, Tokyo, Japon (Président)
- Dr D. Snider                    Directeur, Division of Tuberculosis Elimination, National Center for Prevention Services, Centers for Disease Control, Atlanta, Etats-Unis d'Amérique (Rapporteur)
- Dr K. Styblo                    Directeur, Unité de Recherche et de Surveillance de la Tuberculose, La Haye, Pays-Bas
- Dr U Tin U                      Directeur général, Département de la Santé, Ministère de la Santé, Yangon, Myanmar
- Dr S. P. Tripathy                Directeur général, Conseil indien de la Recherche médicale, New Delhi, Inde
- Dr Ali Akbar Velayati            Ministre des Affaires étrangères de la République islamique d'Iran, Téhéran, République islamique d'Iran

GOUVERNEMENTS

AUSTRALIE

M. J. Hannoush, Premier Secrétaire, Mission permanente de l'Australie auprès de l'Office des Nations Unies à Genève

DANEMARK

Dr S. Thybo, Secrétaire principal, Département des Maladies infectieuses, Hôpital universitaire, Copenhague (représentant la DANIDA)

**FRANCE**

M. J.-L. Boppe, Ministère de la Coopération et du Développement, Paris

**ITALIE**

M. A. Balboni, Représentant permanent adjoint, Mission permanente de l'Italie auprès de l'Office des Nations Unies et des Organisations internationales à Genève

M. A. Meloni, Premier Conseiller, Mission permanente de l'Italie auprès de l'Office des Nations Unies et des Organisations internationales à Genève

Dr G. de Virgilio, Istituto Superiore di Sanità, Rome

**JAPON**

Dr M. Naemura, Directeur adjoint, Lutte contre les Maladies infectieuses, Bureau des Services de Santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Tokyo

M. S. Akagawa, Directeur adjoint, Division Comptabilité, Secrétariat du Ministre, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Tokyo

**PAYS-BAS**

Dr J. F. Broekmans, Association royale néerlandaise contre la Tuberculose, La Haye (représentant également le Ministère des Affaires étrangères, La Haye)

**NORVEGE**

Dr E. Heldal, Helsedirektoratet, Oslo

**SUEDE**

Dr H. Heijbel, Médecin conseil, Division de la Santé, Agence suédoise de Développement international, Stockholm

**SUISSE**

Dr H. Rieder, Office fédéral de la Santé publique (OFSP), représentant la Direction de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire (DDA), Département fédéral des Affaires étrangères, Berne

**ROYAUME-UNI**

Dr J. Moye, Health and Population Division, Overseas Development Administration, Londres

**ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

M. H. Thompson, Attaché à la Santé internationale, Mission des Etats-Unis d'Amérique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres Organisations internationales à Genève

**ORGANISATIONS ET INSTITUTIONS SPECIALISEES DES NATIONS UNIES**

**ORGANISATION INTERNATIONALE POUR LES MIGRATIONS**

Dr H. Siem, Directeur, Service médical, Organisation internationale pour les Migrations, Genève

**BANQUE MONDIALE**

M. R. Bumgarner, Administrateur principal des Opérations, Division de l'Environnement, des Ressources humaines et de l'Aménagement urbain, Département Chine et Mongolie, Banque mondiale, Washington D.C.

**PNUD**

Dr T. Rothermel, Directeur, Division des Programmes mondiaux et interrégionaux, Programme des Nations Unies pour le Développement, New York

**ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES/FONDATIONS/ENTREPRISES**

**AMERICAN LUNG ASSOCIATION**

M. J. Garrison, American Lung Association, New York

**ASSOCIATION FRANCAISE RAOUL FOLLEREAU**

Dr J. Grosset, Membre du CARG représentant l'Association française Raoul Follereau (FF), Paris

**CIBA-GEIGY**

Dr A. Nitikin, Gestion centrale des Projets, Ciba-Geigy, Bâle

M. R. Maillard, Pharma Overseas, Ciba-Geigy, Bâle

M. F. Hompé, Ciba-Geigy, Bâle

**FONDATION DAMIEN**

Dr L. Janssens, Médecin conseil, Développement des Projets, Fondation Damien, Bruxelles

**FARMITALIA**

Dr P. Olliaro, FARMITALIA, Via Imbonati 24, Milan

**ASSOCIATION FINLANDAISE CONTRE LA TUBERCULOSE**

Dr E. Tala, Association finlandaise contre la Tuberculose, Helsinki

**ASSOCIATION ALLEMANDE DE SECOURS AUX LEPREUX**

Dr J. König, Directeur médical, Association allemande de Secours aux Léproux, Würzburg

**LIGUE DES SOCIETES DE LA CROIX-ROUGE ET DU CROISSANT-ROUGE**

Dr B. Dick, Chef, Département de la Santé, Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève

**ILEP**

M. P. J. Sommerfeld, Secrétaire général, Fédération internationale des Associations de Lutte contre la Lèpre, Londres

**UICTMR**

Dr A. Rouillon, Directeur exécutif, Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, Paris

Dr D. Enarson, Directeur de la Recherche, Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, Paris

**FIIM**

Mlle M. Cone, Fédération internationale de l'Industrie du Médicament, Genève

**JPMA**

M. Tetsuro Niiya, Directeur général, Association japonaise des Fabricants de Produits pharmaceutiques, Tokyo

**TOKYO INSTITUTE FOR IMMUNOPHARMACOLOGY INC**

Dr T. Yoshida, Président, Tokyo Institute for Immunopharmacology Inc., Tokyo

**MARION MERRELL DOW**

Dr G. Roscigno, Marion Merrell Dow Research Institute, Berkshire

M. E. Catalani, Directeur général régional, Marion Merrell Dow Moyen-Orient/Afrique, Grandate, Italie

**THE LEONARD CHESHIRE FOUNDATION**

Mme D. Patey, The Leonard Cheshire Foundation, Londres

**TFHRD**

Dr D. Rowe, Groupe spécial de la Recherche sanitaire pour le Développement, c/o PNUD, Genève

**CONSEILLERS TEMPORAIRES**

Dr S. D. Bergström	Professeur émérite de Biochimie, Institut Karolinska, Stockholm, Suède
Sir John Crofton	Spylaw Bank Road, Colinton, Edimbourg, Ecosse
Dr J. M. Grange	Department of Microbiology, Royal Brompton & National Heart Hospital, Londres, Royaume-Uni
Dr J. Kostrzewski	Professeur d'Epidémiologie, Institut national d'Hygiène, Panstowy Zakład Higieny, Varsovie, Pologne
Dr P. Mihailescu	Chef du Département scientifique, Institut de Pneumo-Phthysiologie, Bucarest, Roumanie
Dr R. Morrow	Department of International Health, Johns Hopkins School of Public Health, Maryland, Etats-Unis d'Amérique
Dr C. J. L. Murray	Assistant Professor, Harvard University, School of Public Health, Boston, Etats-Unis d'Amérique
Dr W. A. Nkhoma	Administrateur du Programme Tuberculose, Ministère de la Santé, CHSU, Lilongwe, Malawi
Dr K. Övreborg	Tromsfylkes Diagnosestasjonen (Centre de dépistage du comté de Troms), Harstad, Norvège

SECRETARIAT

Dr H. Nakajima	Directeur général
Dr M. Abdelmoumène	Directeur général adjoint
M. D. G. Aitken	Sous-Directeur général
Dr R. Henderson	Sous-Directeur général
Dr Y. Kawaguchi	Directeur, Bureau de la Planification, de la Coordination et de la Coopération (PCO)
Dr A. Deria	Bureau régional de la Méditerranée orientale
Dr P. Eriki	Bureau régional de l'Afrique
Dr A. Yañez	Bureau régional des Amériques
M. R. J. Anderson	Chef, Bureau de la Coordination extérieure (ECO)
Dr F. S. Antezana	Administrateur de Programme, Programme d'Action pour les Médicaments essentiels (DAP)
Dr J. F. Dunne	Directeur, Division de la Gestion et des Politiques pharmaceutiques (DMP)
Mme T. G. Gastaut	Directeur, Bureau de l'Information (INF)
Dr E. H. T. Goon	Directeur, Division du Développement des Ressources humaines pour la Santé (HRH)
Dr H. A. Hamad-Elneil	Directeur, Division des Opérations de Secours d'Urgence (ERO)
Dr H. R. Hapsara	Directeur, Division de la Surveillance épidémiologique et Appréciation de la Situation sanitaire et de ses Tendances (HST)
Dr J. E. Idanpaan-Heikkila	Programme des Préparations pharmaceutiques (PHA)
Dr R. Kim-Farley	Directeur, Programme élargi de Vaccination (PEV)
Dr A. Kochi	Chef de l'unité Tuberculose
M. M. Lafif	Directeur, Division du Personnel (PER)
Dr P.-H. Lambert	Chef, Services d'Appui en Microbiologie et Immunologie (MIM)
Dr J. F. Luelmo	Tuberculose
Dr J. Narain	Tuberculose
Dr S. K. Noordeen	Chef, Lèpre (LEP)
Dr Y. Nuyens	Chef, Recherche et Développement en Systèmes de Santé (HSR)
Dr R. O'Brien	Tuberculose
Dr M. Raviglione	Tuberculose
Dr J. Saczerban	Directeur, Bureau de la Promotion et du Développement de la Recherche (RPD)
M. C. G. Sandstrom	Chef, Budget (BUD)
Dr S. Spinaci	Tuberculose
Dr P. Sudre	Tuberculose
Dr E. Tarimo	Directeur, Division du Renforcement des Services de Santé (SHS)
M. H. G. Ten Dam	Tuberculose
Dr G. Torrigiani	Directeur, Division des Maladies transmissibles (CDS)
Dr J. L. Tulloch	Directeur, Lutte contre les Maladies diarrhéiques (CDD)
Dr M. H. Merson	Directeur, Programme mondial de Lutte contre le SIDA (GPA)
Dr J. A. Najera-Morrondo	Directeur, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales (CTD)
Dr A. Petros-Barzavian	Directeur, Division de la Santé de la Famille (FHE)
Dr A. Piel	Conseiller juridique, Bureau du Conseiller juridique (LEG)
M. E. E. Uhde	Directeur, Division du Budget et des Finances (BFI)
Mme D. Weil	Tuberculose
Dr R. Widdus	Tuberculose

**ANNEXE B**  
**GROUPE COORDONNATEUR, CONSULTATIF ET EXAMINATEUR**  
**DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE**  
**22-23 NOVEMBRE 1991**  
**PROGRAMME**

Vendredi 22 novembre 1991

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 9 heures-9 h 30   | Ouverture de la réunion<br>- Allocution du Sous-Directeur général,<br>Dr R. H. Henderson<br>- Présentation<br>- Déclaration du Président<br>(rapport de la 1 <sup>re</sup> réunion du CARG)<br>- Adoption de l'ordre du jour |
| 9 h 30-10 heures  | Expérience du projet de lutte contre la tuberculose en Chine<br>soutenu par la Banque mondiale et l'OMS  |
| 10 heures-10 h 30 | La lutte antituberculeuse face à l'épidémie<br>d'infection à VIH : l'exemple du Malawi   |
| 10 h 30-11 heures | Pause  |
| 11 heures-11 h 20 | La lutte antituberculeuse en Europe orientale :<br>l'exemple de la Roumanie  |
| 11 h 20-12 h 30   | Problèmes liés à l'approvisionnement en médicaments<br>et à la mise au point de médicaments, y compris<br>le rôle de l'industrie pharmaceutique  |
| 12 h 30-14 heures | Déjeuner   |
| 14 heures-14 h 30 | Rapport de situation   |
| 14 h 30-15 heures | Structure gestionnaire   |
| 15 heures-15 h 30 | Pause  |
| 15 h 30-17 h 30   | Structure gestionnaire (suite)   |
| 18 heures-19 h 30 | Réception au restaurant français   |

Samedi 23 novembre 1991

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 8 h 30-10 h 30    | Plan de travail et budget                              |
| 10 h 30-11 heures | Pause  |
| 11 heures-11 h 30 | Situation financière                                   |
| 11 h 30-11 h 45   | Projet d'ordre du jour et date de la prochaine réunion |
| 11 h 45-13 heures | Conclusions et recommandations                         |
| 13 heures         | Clôture de la réunion                                  |

ANNEXE C

Situation financière prévue pour 1992-1993\*

SOURCE DE REVENU	US \$
a) Budget ordinaire	4 179 300
b) Solde estimatif des contributions extrabudgétaires à reporter au 31 décembre 1991	
i) fonds déposés avant le 1 <sup>er</sup> novembre 1991	532 700
ii) fonds déposés à l'OMS après le 1 <sup>er</sup> novembre 1991	969 000
Total partiel	1 501 700
c) Contributions annoncées mais non versées au 23 novembre 1991	3 210 500
d) Intérêts	59 600
Ressources prévues pour financer le projet de budget programme 1992-1993	8 951 100

\* Estimée au 23 novembre 1991.

= = =