



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Europe**

Comité régional de l'Europe
Soixante et unième session

EUR/RC61/15
+ EUR/RC61/Conf.Doc./8

Bakou (Azerbaïdjan), 12-15 septembre 2011

21 juillet 2011

111389

Point 6 f) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015

Le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 a été élaboré afin de redoubler d'efforts pour tenter de résoudre l'alarmant problème de la tuberculose pharmacorésistante dans la Région.

Ce plan a été préparé dans le cadre d'une consultation à l'échelle régionale avec des représentants des 53 États membres européens, des experts, des patients et des communautés souffrant de cette maladie. Le processus participatif d'élaboration du Plan est chapeauté par le Projet spécial de prévention et de lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR) mis en place par la directrice régionale et supervisé par un groupe directeur indépendant composé de représentants d'importantes agences techniques et bilatérales, des États membres et d'organismes de la société civile.

La première ébauche du Plan d'action consolidé a été préparée après une évaluation détaillée des interventions de lutte contre la tuberculose-MR et UR dans la Région européenne de l'OMS, en tenant compte des réponses des États membres à la demande de contributions et de commentaires formulée par la directrice régionale lors de la deuxième session du dix-huitième Comité permanent du Comité régional (Andorre, 18 et 19 novembre 2010). Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a organisé un séminaire-atelier de trois jours à Copenhague (Danemark), du 6 au 8 décembre 2010, et mis au point la deuxième ébauche du Plan d'action avec la participation de représentants des pays et d'éminents spécialistes de ce domaine. Ce plan a été posté sur Internet entre le 25 février et le 11 avril 2011 pour consultation avec le public et la société civile et envoyé le 5 mai 2011 aux États membres pour qu'ils l'examinent et y apportent leurs contributions. Les commentaires et les suggestions de ces derniers ont été intégrés à la version finale du plan.

Les cibles et objectifs du plan d'action consolidé de la Région européenne de l'OMS sont conformes à ceux de la section du Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015 consacrée à la tuberculose pharmacorésistante, et à ceux de la résolution WHA62.15 de l'Assemblée mondiale de la santé invitant instamment tous les États membres à prévenir et lutter contre la tuberculose-MR et UR, renforcer les partenariats et impliquer les organismes de la société civile. Le Plan d'action consolidé s'appuie sur les principes de base de la stratégie Santé 2020 ainsi que sur la vision d'un accès équitable aux soins de santé, et il est conforme à l'appel à l'action de Beijing à lutter contre la tuberculose et soigner les patients ainsi qu'à la Déclaration de Berlin sur la tuberculose. Une plateforme conjointe avec les partenaires sera mise en place pour effectuer le suivi étroit de la mise en œuvre du Plan d'action consolidé et contribuer à ce processus.

Ce plan est soumis au Comité régional de l'OMS pour l'Europe pour approbation, avec la résolution qui l'accompagne.

Sommaire

	page
Résumé d'orientation	1
Introduction	2
Grandes lignes	4
Prévenir la survenue de cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante	7
Développer l'accès aux tests de résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intention et aux tests et aux conseils pour le VIH parmi les patients tuberculeux	8
Développer l'accès au traitement efficace de la tuberculose pharmacorésistante	9
Intensifier la lutte contre l'infection tuberculeuse	10
Renforcer la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante, y compris l'enregistrement et la notification	10
Renforcer les capacités nationales pour intensifier la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, y compris la sensibilisation, le partenariat et l'orientation politique	11
Prendre en compte les besoins des populations spéciales	14
Approbation	14
Bibliographie	15

Résumé d'orientation

En réponse au problème très inquiétant de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR) dans la Région européenne de l'OMS, la directrice régionale a mis en place un projet spécial de prévention et de lutte contre la tuberculose-MR et UR dans la Région européenne de l'OMS. Afin d'intensifier une réponse globale et de prévenir et lutter contre la tuberculose-MR et UR, un plan d'action consolidé a été mis au point pour la période 2011-2015 pour les 53 États membres, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) et les partenaires. Le plan d'action consolidé de prévention et de lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante (tuberculose-MR et UR) dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 comporte six orientations stratégiques et sept domaines d'intervention. Les orientations stratégiques sont interdisciplinaires et sont conçues pour sauvegarder les valeurs de la stratégie Santé 2020 et mettent en exergue les priorités générales de la Région européenne de l'OMS. Les domaines d'intervention sont conformes au Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015 et contiennent les mêmes cibles que celles fixées par le Plan mondial et la résolution WHA62.15 de l'Assemblée mondiale de la santé, à savoir d'instaurer un accès universel au diagnostic et au traitement de la tuberculose-MR.

Une version détaillée du Plan d'action consolidé a été préparée pour servir de feuille de route opérationnelle pour la mise en œuvre des activités de prévention et de lutte contre la tuberculose-MR aux programmes nationaux et aux divisions de lutte contre la tuberculose et les maladies transmissibles, ainsi qu'aux agences techniques et bilatérales. L'OMS/Europe a aidé les États membres de la Région européenne fortement touchés par la tuberculose-MR à élaborer des plans nationaux de riposte à la tuberculose-MR basés sur l'appel à l'action de Beijing à lutter contre la tuberculose et soigner les patients. Le Plan d'action consolidé guidera les États membres dans la poursuite de l'élaboration des plans de riposte nationaux à la tuberculose-MR et leur intégration dans leurs plans nationaux de lutte contre la tuberculose et/ou leurs plans stratégiques nationaux pour la santé.

La mise en œuvre du Plan d'action consolidé permettra d'éviter la survenue de 250 000 nouveaux cas de tuberculose-MR et de 13 000 cas de tuberculose UR ; elle permettra par ailleurs de diagnostiquer 225 000 cas de tuberculose-MR estimés dont au moins 127 000 pourront être guéris, interrompant ainsi la transmission de la tuberculose-MR ; 120 000 vies pourraient être épargnées et 5 milliards de dollars des États-Unis (USD) seraient économisés.

Introduction

1. La tuberculose-MR et UR est d'origine humaine et survient du fait d'un mauvais traitement de la tuberculose et/ou de la prise de mesures de lutte insuffisantes contre les infections transmises par voie aérienne. Selon les estimations, sur les 440 000 patients atteints de tuberculose-MR dans le monde (écart compris entre 390 000 et 510 000), on considère que 81 000 (73 000-90 000) se trouvent dans la Région européenne de l'OMS (soit 18,4 % de la charge mondiale)¹. Les taux de prévalence de tuberculose-MR dans la Région européenne de l'OMS demeurent très alarmants. En 2009, la proportion de tuberculose-MR parmi les nouveaux patients tuberculeux et ceux précédemment traités s'élevait à 11,7 et 36,6 % respectivement². Malgré la couverture des tests de sensibilité pour les médicaments de seconde intention qui demeure très faible, la plupart des pays de la Région notifient des cas de tuberculose-MR.

2. Les neuf principaux pays dans le monde dans lesquels la tuberculose-MR dépasse 12 % parmi les nouveaux cas, et les six principaux pays dans lesquels elle dépasse 50 % parmi les cas de tuberculose précédemment traités, se trouvent dans la Région européenne de l'OMS. Une forte corrélation entre la tuberculose-MR et le VIH a été documentée dans plusieurs États membres³. On a en outre évoqué un lien entre la tuberculose-MR et des déterminants de la santé situés plus en aval et en amont tels que l'emprisonnement, les migrations et le faible statut socioéconomique, ce qui constitue un motif de préoccupation pour la plupart des pays de la Région, indépendamment de leur charge de tuberculose.

3. En 2009, seuls 27 760 (34,2 %) des 81 000 patients atteints de tuberculose-MR (écart compris entre 73 000 et 90 000) ont fait l'objet d'une notification². du fait de la faible disponibilité de la culture mycobactériologique et des tests de sensibilité aux médicaments ou des méthodes de diagnostic moléculaire. Sur ces cas notifiés de tuberculose-MR, seuls 61,8 % (17 169 patients)⁴ étaient signalés comme étant traités de manière adéquate par médicaments de seconde intention. Afin de diagnostiquer la tuberculose-UR, il est nécessaire de procéder à des tests de sensibilité aux médicaments de seconde intention, tests qui ne sont pas facilement disponibles pour tous les patients. Malgré cela, le nombre total de patients atteints de tuberculose-UR notifié a presque triplé, passant de 132 en 2008 à 344 en 2009². Dans les pays⁵ qui ne font pas partie de l'Union européenne (UE)/de l'Espace économique européen (EEE), où ces services sont extrêmement limités, la notification de la tuberculose-UR a augmenté de 6,7 fois (passant de 41 à 278)².

¹ *Global tuberculosis control. WHO Report 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.7; http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf).

² European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf).

³ *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response*. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.3; http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf).

⁴ *Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis by 2015, WHO progress report 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (document WHO/HTM/TB/2011.3; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501330_eng.pdf).

⁵ Les 30 pays de l'UE et de l'EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie et Suède. Les 24 pays du reste de la Région européenne (non membres de l'UE ni de l'EEE) sont les suivants : Albanie, Andorre, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Monaco, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Saint-Marin, Serbie, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine.

4. Actuellement, la prise en charge des patients atteints de tuberculose-MR est longue et peut prendre jusqu'à 24 mois, recourant à l'utilisation des médicaments de seconde intention et/ou à la chirurgie, s'accompagnant d'événements indésirables, qui imposent une charge supplémentaire sur les patients et leur famille. Les dernières données disponibles indiquent que 2 194 (57,4 %) des 3 823 patients atteints de tuberculose-MR dans la Région européenne de l'OMS en 2007 ont été guéris. Le taux de guérison pour les patients atteints de tuberculose-MR dans les pays de l'UE serait aussi bas que 32 % (355 patients sur 1 111), avec malheureusement de nombreux patients qui décèdent (19,5 %), qui connaissent un échec thérapeutique (23 %) ou sont perdus de vue (25,5 %)².

5. Le Bureau régional, en collaboration et en coordination avec d'autres partenaires, a fourni une orientation et une assistance technique aux États membres pour améliorer la prévention, le traitement et la lutte contre la tuberculose, la tuberculose-MR et la co-infection tuberculose/VIH, y compris la planification et la gestion des programmes, la lutte contre les infections transmises par voie aérienne, la surveillance, le suivi et l'évaluation, le développement des capacités en ressources humaines et le diagnostic biologique de qualité garantie. Ceci inclut également l'élaboration de directives et de politiques, la fourniture de médicaments de qualité dans le cadre du dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments et le Comité Feu vert, ainsi que la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale.

6. Le vaccin bacille Calmette-Guérin (BCG) – le seul vaccin disponible à ce jour contre la tuberculose – a été utilisé pour la première fois en 1921 ; il confère une protection d'efficacité limitée contre la maladie et ne peut être administré aux personnes vivant avec le VIH. Les médicaments les plus efficaces pour lutter contre la tuberculose ont été découverts dans les années 1950 ; depuis lors, d'autres agents ont été introduits avec souvent davantage d'effets indésirables fréquents et graves. Il y a un besoin urgent de disposer de médicaments et de vaccins plus efficaces, et les instituts scientifiques européens peuvent jouer un rôle important dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments et vaccins.

7. Récemment, un test d'amplification rapide et automatisé de l'acide nucléique a été approuvé par l'OMS en tant que méthode rapide pour le diagnostic de la tuberculose et de la résistance à la rifampicine ; toutefois, cette technologie et d'autres méthodes diagnostiques approuvées par l'OMS ne sont pas rendues largement disponibles dans la plupart des pays fortement touchés par la tuberculose-MR dans la Région.

8. Dans la Déclaration de Berlin sur la tuberculose, entérinée en 2007, tous les États membres se sont engagés à répondre rapidement au problème de la tuberculose dans la Région et à s'attaquer à la tuberculose-MR et UR comme il convient. Les interventions appropriées concernant la tuberculose pharmacorésistante nécessitent une planification nationale adéquate et une mise en œuvre efficace, des approches globales dans les pays et entre eux, et un soutien efficace de la part des partenaires nationaux et internationaux. Les ministres des 27 pays fortement touchés par la tuberculose-MR et UR dans le monde se sont rencontrés à Beijing (Chine) du 1^{er} au 3 avril 2009 pour s'attaquer de toute urgence à la menace alarmante que représente la tuberculose-MR et UR. Ceci s'est traduit par un appel à l'action sur la tuberculose-MR et UR pour contribuer à renforcer les programmes d'action sanitaire et garantir que les engagements urgents et nécessaires à prendre des mesures soient tenus et les financements soient assurés afin de prévenir cette épidémie imminente. La même année, l'Assemblée mondiale de la santé invitait tous les États membres, dans sa résolution WHA62.15, à prévenir et lutter contre la tuberculose-MR et UR. Les pays fortement touchés par la tuberculose-MR en Europe ont élaboré des plans synthétiques nationaux de riposte à la tuberculose-MR et UR. Ces plans nationaux doivent encore être développés et approuvés, conformément au Plan d'action consolidé régional, objet du présent document.

9. La directrice régionale de l’OMS pour l’Europe a confirmé le fort engagement de l’OMS vis-à-vis de la lutte contre la tuberculose et ses formes multirésistante et ultrarésistante en tant que priorité régionale et envers l’élaboration d’un plan d’action pour prévenir et combattre ces formes de tuberculose dans la Région ; cette position a été entérinée par le Comité régional à sa sixième session (CR60) à Moscou (Fédération de Russie) en septembre 2010.

Grandes lignes

Vision

10. Élimination de la tuberculose (moins d’un patient tuberculeux pour un million d’habitants) d’ici 2050 (Vision mondiale Halte à la tuberculose).

Objectif

11. Endiguer la propagation de la tuberculose pharmacorésistante en instaurant l’accès universel⁶ à la prévention, au diagnostic et au traitement de la tuberculose-MR et UR dans tous les États membres de la Région européenne de l’OMS⁷ d’ici 2015.

Cibles

12. Le Plan d’action consolidé vise à :
- réduire de 20 points de pourcentage la proportion de cas de tuberculose-MR parmi les patients précédemment traités d’ici fin 2015 ;
 - diagnostiquer au minimum 85 % des cas estimés de tuberculose-MR d’ici fin 2015⁸ ;
 - guérir au minimum 75 % de patients notifiés comme atteints de tuberculose-MR d’ici fin 2015.

Orientations stratégiques

13. Les six orientations stratégiques du Plan d’action consolidé sont les suivantes :
- 1) identifier les déterminants et les facteurs de risque sous-jacents qui contribuent à l’émergence et la propagation de la tuberculose pharmacorésistante (domaines d’intervention 1, 4, 6 et 7) et s’y attaquer ;

⁶ « L’accès universel » est défini comme un ensemble de pratiques fondées sur des bases factuelles et de services de qualité qui sont disponibles, accessibles, notamment sur le plan financier, et acceptables par les personnes quels que soient leur âge, leur sexe, leur orientation sexuelle, leur religion, leur origine, leur nationalité ou leur statut socioéconomique.

⁷ En mai 2009, la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA62.15 sur la tuberculose-MR et UR, invitant tous les États membres à « instaurer l’accès universel au diagnostic et au traitement de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans le cadre de la transition vers la couverture universelle en matière de santé, pour ainsi sauver des vies et protéger les communautés ».

⁸ En 2009, seuls 34,5 % des cas estimés de tuberculose-MR ont été notifiés. Avec l’accès universel au diagnostic, on s’attendrait à ce que la plupart des patients ayant une culture d’expectorations positive soient identifiés, notifiés et signalés, alors que de nombreux patients tuberculeux à culture négative peuvent toujours ne pas être dépistés.

- 2) renforcer la riposte du système de santé pour fournir des services accessibles, notamment sur le plan financier, et acceptables en recourant à des approches axées sur le patient ; afin d'atteindre les populations les plus vulnérables, il importe que les services restent vraiment gratuits pour les patients. Des mécanismes novateurs sont introduits pour éliminer les obstacles à l'accès équitable au diagnostic et au traitement de la tuberculose pharmacorésistante et mettre en place des incitations et des catalyseurs pour que les patients achèvent leur traitement (domaines d'intervention 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7) ;
- 3) œuvrer au sein de partenariats nationaux, régionaux et internationaux pour la prévention, la lutte et les soins de la tuberculose (domaine d'intervention 6) ;
- 4) promouvoir la collaboration régionale et internationale pour la mise au point de nouveaux outils diagnostiques, médicaments et vaccins contre la tuberculose (domaines d'intervention 2, 3 et 6) ;
- 5) promouvoir l'utilisation rationnelle des ressources existantes, identifier les lacunes et mobiliser des ressources supplémentaires pour combler ces lacunes (domaine d'intervention 6) ;
- 6) surveiller les tendances de la tuberculose-MR et UR dans la Région et mesurer l'impact des interventions (domaine d'intervention 5).

Domaines d'intervention

14. Sur la base des objectifs relatifs à la tuberculose-MR énoncés dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015⁹ pour atteindre une réduction de la charge de tuberculose pharmacorésistante, les sept domaines d'intervention du Plan d'action consolidé sont les suivants :

- 1) prévenir la survenue de cas de tuberculose-MR et UR ;
- 2) améliorer l'accès aux tests de résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intention, et aux tests et aux conseils pour le VIH parmi les patients tuberculeux ;
- 3) renforcer l'accès au traitement efficace de la tuberculose pharmacorésistante ;
- 4) intensifier la lutte contre l'infection tuberculeuse ;
- 5) renforcer la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante, y compris l'enregistrement et la notification ;
- 6) renforcer les capacités nationales pour intensifier la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, y compris la sensibilisation, le partenariat et l'orientation politique ;
- 7) prendre en compte les besoins des populations spéciales.

Étapes importantes

15. Les étapes importantes du Plan d'action consolidé sont mentionnées ci-dessous.

- Un mécanisme régional de coordination et de collaboration entre partenaires, pour la fourniture d'une assistance technique et l'intensification des interventions de lutte contre la tuberculose-MR et UR sera mis en place d'ici la mi-2012.

⁹ Il a été décidé de faire référence aux objectifs du Plan mondial en tant que « domaines d'intervention » et de définir des objectifs spécifiques dans chacun de ces domaines, pour veiller à ce qu'ils soient « SMART » (spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps).

- Les tests diagnostiques moléculaires rapides approuvés par l’OMS pour la tuberculose-MR¹⁰ seront disponibles et utilisés pour tous les patients pouvant y prétendre dans les États membres d’ici fin 2013.
- Tous les pays fortement touchés par la tuberculose-MR auront introduit une base de données électronique fondée sur les cas pour la notification et l’enregistrement des résultats thérapeutiques des patients atteints de tuberculose-MR au niveau national d’ici fin 2014.
- Tous les pays fortement touchés par la tuberculose-MR notifieront plus de 50 % des cas estimés de tuberculose-MR d’ici fin 2013.
- L’ensemble des 18 pays hautement prioritaires pour la tuberculose aura achevé une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) et entrepris une évaluation des systèmes de santé orientés sur les besoins liés à la tuberculose et sa forme multirésistante d’ici fin 2013.
- L’ensemble des 18 pays hautement prioritaires pour la tuberculose aura adopté des plans d’action nationaux pour la tuberculose-MR et UR, repris dans leur plan stratégique de lutte contre la tuberculose, et les aura dotés de budgets d’ici fin 2012.
- Tous les États membres auront fourni un approvisionnement ininterrompu en médicaments de première et seconde intention de qualité pour le traitement de tous les patients tuberculeux et atteints de tuberculose-MR et UR d’ici fin 2013.
- Tous les États membres auront surveillé et notifié les résultats thérapeutiques des patients atteints de tuberculose-MR et UR conformément aux méthodes recommandées au niveau international d’ici fin 2013.
- Tous les patients tuberculeux précédemment traités seront soumis à des tests pour la résistance aux médicaments de première et seconde intention d’ici fin 2012.
- Au minimum un nouveau médicament pour les patients atteints de tuberculose-MR et UR permettant un schéma thérapeutique plus efficace et plus court sera disponible d’ici fin 2015.

Résultats escomptés¹¹

16. La mise en œuvre du Plan d’action consolidé devrait produire les résultats suivants :
- 225 000 patients atteints de tuberculose-MR seront diagnostiqués dans les trois jours suivant la consultation dans un service de soins de santé en présentant des symptômes de tuberculose ;
 - 127 000 patients atteints de tuberculose-MR seront guéris ;
 - 250 000 cas de tuberculose-MR seront évités ;
 - 13 000 cas de tuberculose-UR seront évités ;

¹⁰ Un test rapide est défini comme permettant de poser un diagnostic sous 48 heures pour l’échantillon en cours de test et peut donc influencer le début du traitement auquel un patient est soumis.

¹¹ La méthode permettant de déterminer les résultats escomptés a été mise au point en collaboration avec l’Institut royal tropical d’Amsterdam. Le coût du dépistage et du traitement de la tuberculose-MR, ainsi que les frais de gestion et pour les données épidémiologiques utilisées ont été tirés des sources suivantes : l’OMS, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, la Foundation for Innovative Diagnostics, l’ONUSIDA et les publications universitaires. Si les données sur l’épidémiologie de la tuberculose n’étaient pas disponibles dans ces sources, les hypothèses étaient alors basées sur des opinions d’experts et la progression linéaire des cibles et des étapes importantes définies dans le Plan étaient utilisées.

- 120 000 vies seront sauvées ;
- 5 milliards d'USD seront économisés ce faisant.

Prévenir la survenue de cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante

Identifier les déterminants sociaux associés à la tuberculose multirésistante et ultrarésistante et les prendre en compte

17. L'OMS/Europe et ses partenaires, en collaboration avec les États membres, réaliseront des études sur les déterminants sociaux et les raisons de l'échec thérapeutique pour la tuberculose et la tuberculose-MR et UR d'ici fin 2012. Les États membres incluront des actions dans leurs stratégies de santé nationales pour prendre en compte les déterminants sociaux de la tuberculose-MR et UR d'ici fin 2013. Ils définiront également des mesures pour impliquer les gouvernements nationaux et locaux et les partenaires concernés dans la fourniture d'un soutien psychosocial aux patients atteints de tuberculose et de ses formes multirésistante et ultrarésistante d'ici fin 2013.

Améliorer l'observance thérapeutique des patients

18. Le Bureau régional, en collaboration avec ses partenaires, documentera les modèles de soins couronnés de réussite (en hospitalisation, en ambulatoire, en traitement à domicile/à assise communautaire) dans divers milieux et fournira un recueil de modèles de soins et des ensembles minimums d'interventions pour consulter les interruptions de traitement et les échecs thérapeutiques et les prévenir d'ici fin 2012. Les États membres renforceront et/ou mettront en place des mesures destinées à améliorer la prévention des échecs thérapeutiques d'ici fin 2012. Ces efforts et l'impact qu'ils auront devront être présentés lors de la réunion des administrateurs nationaux du programme de lutte contre la tuberculose en 2013. Les États membres définiront des stratégies et des mécanismes pour développer le traitement ambulatoire et la fourniture d'un soutien psychosocial aux patients atteints de tuberculose et de ses formes multirésistante et ultrarésistante d'ici au premier trimestre de 2014.

Augmenter l'efficacité du financement de la santé pour la lutte contre la tuberculose

19. Le Bureau régional et ses partenaires, en collaboration avec les États membres, procéderont à une analyse approfondie des mécanismes de financement de la santé existants et des ressources disponibles pour la lutte contre la tuberculose ; ils recommanderont des mesures pour améliorer l'efficacité et combler les lacunes du financement de la santé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose d'ici fin 2013.

Utiliser la pleine capacité des services de soins de santé primaires pour la prévention, la lutte et les soins de la tuberculose

20. Les États membres définiront des stratégies et des mécanismes pour intégrer le traitement ambulatoire dans les services de soins de santé primaires d'ici fin 2012. Le Bureau régional et ses partenaires fourniront une assistance technique aux États membres sur les mesures en vue de renforcer l'implication des soins de santé primaires dans la prévention et la lutte contre la tuberculose.

Envisager la prise en charge des contacts de patients atteints de tuberculose multirésistante et ultrarésistante

21. Actuellement, il n'existe pas de prophylaxie disponible pour les personnes ayant été récemment infectées par des souches de tuberculose-MR et UR ou exposées à ces souches. Le Bureau régional et ses partenaires procéderont à un examen fondé sur des bases factuelles pour les pratiques courantes en matière de prise en charge de l'entourage de patients atteints de tuberculose-MR et UR d'ici la mi-2013. En collaboration avec d'autres partenaires, le Bureau régional proposera une série de recommandations sur le suivi et la prise en charge de l'entourage de patients atteints de tuberculose-MR et UR d'ici au début 2014.

Développer l'accès aux tests de résistance aux antituberculeux de première et de deuxième intention et aux tests et aux conseils pour le VIH parmi les patients tuberculeux

Renforcer le réseau de laboratoires de la tuberculose

22. Le Bureau régional, en collaboration avec d'autres laboratoires de référence supranationaux pour la tuberculose et d'autres partenaires, fournira une assistance technique aux États membres pour une culture, des tests de sensibilité aux médicaments améliorés et accélérés et de nouvelles technologies diagnostiques, y compris les tests moléculaires rapides, d'ici au 31 mars 2012. Les États membres et les organismes bailleurs de fonds fixeront des priorités pour le financement de l'introduction de nouvelles techniques de diagnostic pour la tuberculose-MR et UR. Par le biais des laboratoires de référence supranationaux pour la tuberculose, le Bureau régional soutiendra le renforcement des capacités en matière de ressources humaines au moyen de séminaires-ateliers régionaux, de visites annuelles dans les pays et de bourses d'études de courte durée pour le personnel de laboratoire national des pays hautement prioritaires. Les États membres hautement prioritaires prépareront un plan triennal pour le développement des laboratoires de la tuberculose d'ici mars 2013. Les États membres veilleront à ce que l'assurance qualité des laboratoires de la tuberculose, y compris les mesures de sécurité biologique, soit en place d'ici fin 2013.

Conseils et tests diagnostiques pour le VIH pour tous les patients tuberculeux

23. Les États membres assureront formation et orientation pour les personnels en charge de la tuberculose et de ses formes multirésistante et ultrarésistante sur l'importance des tests et du conseil pour le VIH d'ici fin 2012 et veilleront à ce que les tests et le conseil pour le VIH soient proposés à tous les patients tuberculeux à l'initiative du prestataire de soins et avec possibilité de ne pas s'y soumettre d'ici fin 2012. Le Bureau régional et d'autres partenaires fourniront une assistance technique aux pays hautement prioritaires pour la tuberculose en ce qui concerne les activités de collaboration dans le domaine de la co-infection tuberculose/VIH sur la base d'une évaluation des besoins.

Développer l'accès au traitement efficace de la tuberculose pharmacorésistante

Garantir l'approvisionnement ininterrompu en médicaments de qualité

24. Le Bureau régional et ses partenaires fourniront des estimations fiables des besoins en médicaments de seconde intention ainsi que des projections sur cinq ans d'ici mars 2012. Ils introduiront un instrument générique basé sur des indicateurs pour réaliser un examen continu de l'utilisation des médicaments dans le cadre d'un suivi systématique de la performance du programme d'ici fin 2012. L'OMS et les partenaires veilleront à ce que la présélection régionale des médicaments soit en place d'ici fin 2013. Les États membres se procureront et rendront disponibles des médicaments de qualité adéquate pour le traitement sous observation directe (DOT) de la tuberculose et de ses formes multirésistante et ultrarésistante aussi rapidement que possible. L'OMS encourage les États membres à garantir l'enregistrement accéléré des produits déjà présélectionnés par l'OMS dans leurs pays respectifs d'ici fin 2012. Les États membres adopteront et développeront l'utilisation des associations médicamenteuses à dose fixe en première intention d'ici fin 2012. L'OMS et les partenaires encourageront le développement des formes pédiatriques des médicaments de seconde intention d'ici fin 2012.

Gestion des événements indésirables

25. Le Bureau régional élaborera un guide générique régional pour la gestion des événements indésirables associés aux médicaments d'ici la mi-2012. Les États membres veilleront à ce que les mesures visant à gérer les événements indésirables soient disponibles pour tous les patients atteints de tuberculose-MR d'ici la mi-2012.

Mise au point de nouveaux médicaments

26. Le Bureau régional et les partenaires élaboreront une stratégie régionale sur le long terme pour le développement du marché des antituberculeux d'ici fin 2013. Le Bureau régional et les États membres faciliteront la recherche sur les nouveaux médicaments et vaccins pour la tuberculose et la mise au point de ces produits de manière continue et rendront compte des progrès réalisés au Comité régional une année sur deux, à compter de 2013.

Intensifier l'accès au traitement

27. Les États membres assureront la disponibilité des ressources pour l'accès universel au traitement d'ici 2012 et rendront compte des progrès au Bureau régional chaque année, à compter de 2012. L'OMS/Europe et les partenaires (y compris les centres collaborateurs de l'OMS), en consultation étroite avec les pays hautement prioritaires pour la tuberculose, élaboreront un plan d'assistance technique conjoint pour les États membres en vue d'instaurer l'accès universel au traitement (y compris le traitement des enfants) d'ici fin 2012. Les États membres veilleront à ce que leurs directives concernant le traitement soient mises à jour conformément aux recommandations de l'OMS d'ici fin 2012. Les États membres garantiront la formation, l'encadrement et le soutien adéquats pour les personnels de soins de santé en vue de l'intensification du traitement de la tuberculose-MR et UR d'ici fin 2011. En collaboration avec d'autres partenaires, le Bureau régional élaborera un ensemble de critères fondés sur des bases factuelles pour la chirurgie des patients atteints de tuberculose-MR et UR qui remplissent les conditions d'ici fin 2012.

Intensifier la lutte contre l'infection tuberculeuse

Améliorer les aspects administratifs et gestionnaires de la lutte contre l'infection tuberculeuse

28. Les États membres introduiront ou renforceront la surveillance de l'infection tuberculeuse et/ou de la maladie parmi les agents de soins de santé qui travaillent dans des établissements à haut risque d'ici la mi-2013. Le Bureau régional et les partenaires élaboreront un plan d'assistance technique conjoint pour les États membres afin d'améliorer la lutte contre l'infection tuberculeuse d'ici fin de 2012, y compris des visites dans les pays, des évaluations des risques et la formation du personnel. Les États membres veilleront à ce que tous les établissements de soins de santé suivant des patients tuberculeux ou suspects de tuberculose soient évalués pour ce qui concerne la lutte contre l'infection tuberculeuse et aient de bons modes opératoires normalisés en la matière d'ici fin 2013. Les États membres veilleront au suivi des contacts des patients tuberculeux pour le diagnostic rapide de l'infection et de la maladie d'ici au premier trimestre 2012. Ils incluront la formation en cours d'emploi et préalable à l'emploi des personnels de soins de santé sur la lutte contre l'infection tuberculeuse d'ici fin 2012. Ils feront également en sorte que les programmes sur la protection respiratoire soient en place pour les services concernés par la tuberculose et ses formes multirésistante et ultrarésistante d'ici mi-2012.

Renforcer les mesures environnementales pour la lutte contre l'infection tuberculeuse

29. Le Bureau régional et les partenaires organiseront une formation de formateurs sur les mesures environnementales, y compris l'ingénierie et la conception des installations pour la lutte contre les infections transmises par voie aérienne d'ici fin 2012. Les États membres réaliseront des formations en cascade pour le personnel en charge des aspects environnementaux de la lutte contre les infections transmises par voie aérienne d'ici fin 2013. Ils feront également en sorte que les exigences minimales en matière d'ingénierie et de mesures environnementales pour la lutte contre les infections transmises par voie aérienne soient en place dans les établissements de soin de la tuberculose et de ses formes multirésistante et ultrarésistante et dans les institutions collectives d'ici fin 2013.

Garantir l'accessibilité des mesures de protection personnelle

30. Le Bureau régional communiquera aux États membres les spécifications relatives aux achats, y compris les pratiques d'utilisation recommandées, pour les mesures de protection personnelle d'ici mi-2012. Les États membres veilleront à ce que des respirateurs de qualité et en nombre suffisant soient disponibles et utilisés d'ici fin 2012.

Renforcer la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante, y compris l'enregistrement et la notification

Renforcer la surveillance

31. Les États membres renforceront la collecte et l'interprétation des données sur la tuberculose afin d'améliorer la performance du programme de manière continue. Le Bureau régional et les partenaires aideront les pays hautement prioritaires pour la tuberculose dans l'établissement de la surveillance de la tuberculose pharmacorésistante, y compris la résistance aux médicaments de seconde intention, et les déterminants sociaux d'ici mars 2013. Ils

organiseront aussi une formation et un soutien pour le personnel chargé de la surveillance et les administrateurs de programme afin d'assurer la collecte des indicateurs minimaux sur la tuberculose-MR dans les pays hautement prioritaires pour la tuberculose d'ici 2012¹².

Améliorer l'enregistrement et la notification

32. Le Bureau régional renforcera le mécanisme de surveillance pour le suivi complet de la Déclaration de Berlin d'ici mi-2012. En collaboration avec ses partenaires, le Bureau régional aidera les États membres à finaliser et mettre en œuvre les systèmes électroniques pour renforcer l'enregistrement et la notification d'ici fin 2013. Les pays hautement prioritaires pour la tuberculose organiseront une session de formation et d'encadrement pour les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans les domaines de la surveillance et de l'évaluation, et de l'utilisation des données pour améliorer la performance des programmes d'ici fin 2012.

Renforcer les capacités nationales pour intensifier la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante, y compris la sensibilisation, le partenariat et l'orientation politique

Améliorer la gestion des programmes

33. Tous les États membres auront une unité dédiée à la prise en charge de la tuberculose-MR et UR, le cas échéant, d'ici fin 2012. Tous les pays hautement prioritaires pour la tuberculose mettront au point et entérineront leurs plans nationaux de riposte à la tuberculose-MR d'ici fin 2012. Le Bureau régional aidera ces pays à actualiser et mettre au point leurs plans nationaux de riposte à la tuberculose-MR d'ici fin 2012. Les États membres assureront l'examen externe de leurs programmes/interventions nationaux en matière de tuberculose tous les trois à cinq ans, dirigés par le Bureau régional et/ou le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et comprenant les partenaires et les organismes de la société civile, pour l'évaluation transparente et objective des lacunes du programme. En coordination avec les États membres et les partenaires, le Bureau régional officialisera le jumelage de villes et de programmes de lutte contre la tuberculose et les maladies pulmonaires et facilitera la collaboration et la coordination entre les États membres d'ici fin 2013. Les États membres veilleront à ce que les représentants des patients et/ou les communautés touchées par la maladie soient inclus dans la planification des programmes et l'évaluation de la qualité des services d'ici fin 2012. En collaboration avec d'autres partenaires, le Bureau régional élaborera des principes opérationnels pour la mise en œuvre des déclarations politiques de haut niveau et mesureront les progrès régulièrement d'ici fin 2012. Le Bureau régional et d'autres partenaires amélioreront la capacité de gestion des programmes (dans les services civils tout comme dans les services carcéraux) avec des formations et un encadrement modernes sur une base annuelle, notamment au sujet de l'utilisation efficace des ressources. Les États membres garantiront la transparence dans la gestion des programmes par la sélection et le recrutement de personnels dynamiques et compétents sur une base continue. Ils utiliseront Internet et d'autres médias pour mieux faire connaître au public la tuberculose et ses formes multirésistante et ultrarésistante et la disponibilité du traitement à partir de 2011. Le Bureau régional analysera les modèles de réussite en matière de gestion de programmes et formulera des recommandations pour

¹² *Indicateurs de la tuberculose multirésistante. Un ensemble minimum d'indicateurs pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante (TB-MR) dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.11 ; http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HTM_TB_2010.11_fre.pdf).

les inclure en tant que critères dans le prochain exercice de « certification de programme » par l'OMS, y compris les normes de gestion de projets certifiés ISO 9001, d'ici fin 2012. Les États membres impliqueront les réseaux et/ou les programmes de prestataires de services pour la tuberculose dans les initiatives de réforme des systèmes de santé.

Développement des ressources humaines

34. Les États membres hautement prioritaires pour la tuberculose élaboreront et/ou intégreront des plans stratégiques pour le développement des ressources humaines en vue de la mise en œuvre des stratégies Halte à la tuberculose et des plans nationaux de riposte à la tuberculose-MR et UR d'ici fin 2013. Les États membres hautement prioritaires pour la tuberculose réviseront et/ou élaboreront des descriptifs de poste, réaliseront des évaluations de la charge de travail et détermineront les besoins du personnel, ainsi que la supervision et le suivi nécessaires pour la prévention, la lutte et les soins de la tuberculose-MR et UR d'ici fin 2012. Ils élaboreront ou mettront à jour des programmes de formation basés sur les compétences pour tous les aspects de la prise en charge de la tuberculose-MR. En collaboration avec d'autres partenaires, le Bureau régional mettra en place et renforcera des centres d'excellence régionaux et des pôles de connaissances pour la prévention et la lutte contre la tuberculose-MR et UR d'ici fin 2012. Le Bureau régional et les partenaires fourniront une assistance technique pour améliorer les ressources humaines pour la santé. Le Bureau régional adaptera, traduira et distribuera des modules de formation sur la prise en charge de la tuberculose-MR pour le personnel des centres d'orientation-recours pour la tuberculose-MR d'ici fin 2011. Il veillera à ce qu'une bibliothèque virtuelle et des matériels de formation sur la tuberculose en russe soient disponibles et mis à jour à partir de 2012.

Orientation politique

35. Les États membres s'assureront qu'ils ont adopté/adapté les éléments d'information les plus récents disponibles dans leurs politiques nationales de lutte contre la tuberculose d'ici fin 2012. En collaboration avec ses partenaires, le Bureau régional aidera les États membres à adopter/adapter les politiques internationales sur la tuberculose d'ici fin 2013. Le Bureau régional fournira une assistance technique aux États membres pour améliorer le financement de la santé, la gouvernance, le *stewardship* et l'utilisation rationnelle des ressources pour la lutte contre la tuberculose d'ici fin 2013.

Partenariats et coordination

36. Les États membres hautement prioritaires pour la tuberculose établiront des partenariats Halte à la tuberculose ou des mécanismes similaires pour garantir la coordination adéquate de toutes les parties prenantes et leur action concertée, y compris les organismes de la société civile, les associations de patients, les œuvres caritatives et d'autres secteurs, d'ici fin 2013. Le Bureau régional et les partenaires fourniront une assistance technique aux États membres pour mettre en place et renforcer leurs partenariats Halte à la tuberculose d'ici fin 2013. Les États membres veilleront à ce que de bons mécanismes de collaboration soient en place pour améliorer le diagnostic et le traitement des patients atteints de tuberculose et de ses formes multirésistante et ultrarésistante dans les services carcéraux, les camps de réfugiés et d'autres milieux concernés, et à ce qu'il existe un continuum de soins au sein des services de santé d'ici fin 2013. Le Bureau régional mettra en place un mécanisme régional de coordination et de collaboration entre les partenaires nationaux et internationaux d'ici fin 2012. Le Bureau régional et les États membres encourageront les partenariats pour la recherche et le développement de nouveaux outils diagnostiques, de médicaments et de vaccins contre la tuberculose sur une base régulière.

Sensibilisation, communication, mobilisation sociale et implication de la société civile

37. Les pays fortement touchés par la tuberculose-MR mèneront des enquêtes sur les CAP (à l'échelle du pays ou bien ciblées sur des groupes de population spécifiques) sur la tuberculose et ses formes multirésistante et ultrarésistante afin de déterminer les objectifs relatifs à la modification des comportements, les groupes cibles et les besoins d'intervention liés à la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale d'ici fin 2013. Les pays hautement prioritaires pour la tuberculose élaboreront des stratégies pour la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale et les intégreront dans leurs plans stratégiques nationaux d'ici fin 2013. Les États membres organiseront la formation des personnels de soins de santé sur la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale d'ici fin 2013. Ils identifieront et rassembleront tous les organismes de la société civile concernés par la tuberculose en vue d'établir une planification commune des activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale d'ici fin 2012. Ils fourniront aussi un appui à la mise en place de défenseurs des intérêts des patients et à leur engagement en faveur de la mobilisation sociale et de l'éducation sanitaire des patients d'ici fin 2013. Le Bureau régional et les partenaires faciliteront la mise au point de matériels techniques sur la sensibilisation, communication et mobilisation sociale appropriés pour la Région et disponibles au minimum en russe et en anglais d'ici fin 2013. Suivant les enquêtes CAP, les États membres mettront au point des campagnes d'éducation sanitaire appropriées sur la tuberculose d'ici fin 2013. Ils fourniront également un appui aux organismes de la société civile nationaux et locaux, ainsi qu'aux réseaux traditionnels communautaires locaux (le cas échéant) et les lieront aux programmes nationaux d'ici fin 2013. Les États membres impliqueront d'autres secteurs et les organismes de la société civile dans la planification, la prise de décision, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation, et agiront sur les déterminants sociaux qui augmentent la vulnérabilité. Le Bureau régional et les partenaires plaideront en faveur d'une plus grande implication des instituts de recherche européens pour mettre au point de nouveaux médicaments et vaccins, et se sont lancés dans la recherche fondamentale sur la tuberculose et ses formes multirésistante et ultrarésistante sur une base continue.

L'éthique et les droits de l'homme

38. Le Bureau régional fournira une orientation aux États membres pour la révision des cadres d'action pour l'éthique et les droits de l'homme dans le contexte de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses d'ici fin 2012. Les États membres, le Bureau régional et les partenaires incluront l'éthique et les droits de l'homme dans les programmes de formation sur la tuberculose-MR et UR pour tous les personnels de santé d'ici fin 2014. En collaboration avec ses partenaires, le Bureau régional mettra au point des indicateurs pour les soins centrés sur les patients d'ici fin 2012. Les États membres mettront en place des soins palliatifs pour les patients atteints de tuberculose-MR et UR d'ici fin 2012. Les États membres impliqueront les organismes de la société civile dans la réalisation d'évaluations de la satisfaction des clients pour les services de soins antituberculeux d'ici fin 2013. Le Bureau régional et les partenaires fourniront une orientation aux États membres pour élaborer des cadres d'action pour l'utilisation humaine des médicaments d'ici fin 2012. En collaboration avec d'autres partenaires, le Bureau régional organisera une conférence régionale sur les soins centrés sur le patient et les droits de l'homme pour la tuberculose et le VIH d'ici fin 2013.

Prendre en compte les besoins des populations spéciales

Améliorer les activités de collaboration pour la lutte contre la tuberculose et le VIH

39. Tous les États membres, avec l'assistance technique du Bureau régional et d'autres partenaires, mettront en place un mécanisme de coordination fonctionnel et des approches stratégiques conjointes pour faciliter la mise en œuvre d'activités intégrées sur la co-infection tuberculose/VIH (ainsi que sur les toxicomanies), y compris dans les prisons, d'ici fin 2013. Le Bureau régional documentera les meilleures pratiques et expériences dans l'intégration et les modèles de prestation de services efficaces pour les services concernant la tuberculose/le VIH/les toxicomanies d'ici fin 2012. Les États membres veilleront à ce que les services de lutte contre le VIH intègrent le dépistage intensifié de la tuberculose, la lutte contre les infections et la prophylaxie par l'isoniazide d'ici 2013. Ils veilleront à ce que les services de lutte contre la tuberculose intègrent les tests et le conseil pour le VIH, la prophylaxie par le cotrimoxazole et le traitement antirétroviral d'ici 2013.

Renforcer la lutte contre la tuberculose multirésistante dans les prisons

40. Les États membres veilleront à ce que le diagnostic précoce et le traitement efficace de la tuberculose-MR soit disponibles dans les services pénitentiaires d'ici le premier trimestre 2013. Le Bureau régional, utilisant le modèle couronné de succès de son projet de santé en milieu carcéral, aidera les États membres à améliorer la lutte contre la tuberculose dans les services pénitentiaires sur une base continue. Les États membres assureront la continuité des soins de la tuberculose pour les prisonniers libérés dans les services civils d'ici fin 2012.

Améliorer l'accès pour les populations vulnérables et difficiles à atteindre

41. Les États membres amélioreront l'accès à la prévention, la lutte et les soins aux populations vulnérables et difficiles à atteindre, notamment chez les migrants et les sans-abri et ceux qui ont des modes de vie difficiles tels que les alcooliques et les consommateurs de drogues par injection, en mettant en place des programmes de proximité et en impliquant les organismes de la société civile. Tous les États membres veilleront à ce que les services de lutte antituberculeuse intègrent des services ou orientent les patients vers des services qui fournissent des interventions pour les personnes qui consomment des drogues, y compris le traitement de la dépendance aux drogues, d'ici fin 2013. Ils mettront également en place un mécanisme de lutte antituberculeuse transfrontalière et de soins d'ici fin 2013. Ils mettront également au point une intervention spéciale pour la prévention et la lutte contre la tuberculose chez l'enfant et accéléreront l'adaptation au sein des pays des lignes directrices mises à jour sur la tuberculose dans la petite enfance d'ici mi-2012. Les États membres incluront la tuberculose infantile et lui accorderont une priorité dans leurs plans stratégiques nationaux sur la tuberculose ou leurs plans de santé nationaux d'ici fin 2013.

Approbation

42. Le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 est présenté pour approbation en tant qu'annexe à un projet de résolution sur la tuberculose-MR et UR qui est soumis pour examen par le CR61.

Bibliographie¹³

Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA62.15 intitulée Tuberculose multirésistante et ultrarésistante : prévention et lutte. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-fr.pdf).

Plan to stop TB in 18 high-priority countries in WHO European Region 2007–2015. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e91049.pdf>).

Déclaration de Berlin sur la tuberculose. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/68185/E90834.pdf).

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009.* Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf).

Global tuberculosis control: WHO Report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.7; http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf).

Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf).

Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis by 2015, WHO progress report 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (document WHO/HTM/TB/2011.3; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501330_eng.pdf).

Indicateurs de la tuberculose multirésistante. Un ensemble minimum d'indicateurs pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante (TB-MR) dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (document WHO/HTM/TB/2010.11 ; http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HTM_TB_2010.11_fre.pdf).

User's guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf).

Ettelt S et al. Capacity planning in health care: reviewing the international experience. *Euro Surveill*, 2007, 9(1).

Ettelt S et al. *Capacity-building in health care: a review of the international experience.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (European Observatory on Health Systems and Policies policy brief; <http://www.euro.who.int/document/e91193.pdf>).

Dussault G et al. *Estimation des besoins en personnel de santé à l'avenir.* Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/f94295.pdf).

¹³ Tous les sites Web ont été consultés le 21 juillet 2011.

Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563176_fre.pdf).

Planning the development of human resources for health for implementation of the Stop TB Strategy: a handbook. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/fr/index.html).

Dara M. et al. *Guidelines for control of tuberculosis in prisons.* Washington DC, The Global Health Bureau, Office of Health, Infectious Disease and Nutrition (HIDN), US Agency for International Development, 2009.

Policy guidelines for collaborative TB/HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf).

Nathanson E. et al. MDR tuberculosis – critical steps for prevention and cure. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:1050–1058.

Keshavjee S, Farmer PE. Time to put boots on the ground: making universal access to MDR-TB treatment a reality. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2010, 14:1222–1225.

Framework for implementing new tuberculosis diagnostics. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/tb/laboratory/whopolicyframework_july10_revnov10.pdf).

Good governance for medicines. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/entity/medicines/areas/policy/goodgovernance/GGM2010ProgressReport.pdf>).

New technologies for tuberculosis control: a framework for their adoption, introduction and implementation. Geneva, World Health Organization, 2007 (document WHO/HTM/STB/2007.40; http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595520_eng.pdf).

Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS). *Supporting pharmacovigilance in developing countries: the systems perspective.* Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2009 (http://www.msh.org/projects/sps/SPS-Documents/upload/SPS_PV_Paper.pdf).

Rational Pharmaceutical Management Plus. *Managing pharmaceuticals and commodities for tuberculosis: a guide for national tuberculosis programs.* Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2008 (http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/TB-Guidelines_English-final-Aug-2008-w-cover.pdf).