

## 2.1 INTRODUCTION

L'OMS a déclaré que la TB représentait une urgence mondiale, parce qu'elle a échappé à tout contrôle dans de nombreuses parties du monde. Nous sommes dans cette situation principalement pour les raisons suivantes:

- a) dans de nombreuses régions du monde, les pouvoirs publics ont négligé la maladie;
- b) Des programmes inadaptés de lutte antituberculeuse ont alourdi l'impact de la maladie (les sujets atteints de TB sans traitement adapté vivent plus longtemps avec la forme chronique de la maladie et contaminent d'autres personnes) et entraîné l'apparition de résistances;
- c) les les taux élevés de croissance démographique ont contribué à l'augmentation du nombre des cas de TB;
- d) l'épidémie l'épidémie du VIH a conduit à une augmentation énorme du nombre des cas de TB, là où le VIH et la TB sont courants.

L'OMS a élargi le cadre de la lutte antituberculeuse pour intégrer l'expérience acquise depuis la mise au point des premiers principes généraux, en 1994. Ce nouveau cadre convient dans toutes les situations, y compris lorsque le VIH est courant. Le succès de la lutte antituberculeuse dépend des agents de santé et de leur travail pour traiter les patients en appliquant ce cadre, établi par le programme national de lutte antituberculeuse (PNAT).

De plus, les programmes de lutte contre la TB et le VIH/SIDA doivent collaborer pour contrecarrer les effets de ces deux problèmes. Cela dépendra de l'application de la stratégie DOTS et d'autres interventions. En plus de dépister efficacement et de guérir les cas de TB, il s'agit de prendre des mesures pour faire baisser la transmission du VIH (à l'aide de la promotion des préservatifs, du traitement des infections sexuellement transmissibles), de fournir le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA), d'assurer la prophylaxie de la TB ainsi que celle des infections bactériennes associées au VIH au moyen d'antibiotiques.

## 2.2 ÉLÉMENTS DU CADRE ÉLARGI DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Il comporte les éléments suivants:

1. Objectifs de la lutte antituberculeuse
2. Cibles assignées à la lutte antituberculeuse
3. Train de mesures pour la lutte antituberculeuse
4. Activités essentielles pour l'application du DOTS
5. Indicateurs pour mesurer les progrès du PNAT.

### 2.2.1 Objectifs de la lutte antituberculeuse

Il s'agit de réduire la mortalité, la morbidité et la transmission de la maladie (tout en évitant de créer des résistances aux médicaments anti tuberculeux) jusqu'à ce que la TB ne soit plus une menace pour la santé publique. Le but est de diminuer les souffrances humaines, ainsi que la charge socio-économique de la TB sur les familles et les collectivités. Pour y parvenir, il faut garantir à chaque patient l'accès au diagnostic, au traitement et à la guérison.



### 2.2.2 Cibles assignées à la lutte antituberculeuse (guérison et dépistage des cas)

- a) Guérir 85% des nouveaux cas de TBP à frottis positif.  
Un programme national de lutte antituberculeuse (PNAT) obtenant un taux de guérison des sujets présentant une TBP à frottis positif d'au moins 85% a les effets suivants sur la TB:
- i) la prévalence et le taux de transmission de la TB diminuent rapidement;
  - ii) l'incidence de la TB diminue progressivement;
  - iii) il y a moins de résistances aux médicaments (ce qui rend les traitements futurs plus faciles et moins onéreux).
- La première des priorités est d'obtenir des taux de guérison élevés. Les programmes qui y parviennent font diminuer rapidement la transmission de la TB et il est probable qu'ils couvriront la majorité des cas présents dans les communautés.



- b) Dépister 70% des cas existants de TBP à frottis positif  
Il est important pour le PNAT d'obtenir d'abord un taux élevé de guérison avant de développer le dépistage des cas. Lorsque les taux de guérison restent faibles, le programme ne fait qu'aggraver les problèmes:
- i) le nombre d'échecs dans le traitement des cas de TBP à frottis positif augmente;
  - ii) la transmission des pharmacorésistances s'accroît.
- L'épidémie que l'on pouvait maîtriser devient incontrôlable.

**Lorsqu'un PNAT est efficace, le taux de guérison est élevé et il y a peu de pharmacorésistances**

Avec un taux de guérison élevé, l'augmentation du dépistage des cas de TBP à frottis positif diminue la transmission de la tuberculose.

### **2.2.3 Train de mesures pour la lutte antituberculeuse (la stratégie DOTS)**

Les PNAT sont confrontés à de nouveaux défis. Ils doivent se renforcer solidement pour atteindre les objectifs assignés à la lutte antituberculeuse.

- Il faut augmenter les moyens des services de santé généraux pour appliquer et développer durablement la stratégie DOTS, tout en maintenant parallèlement la qualité du dépistage des cas et du traitement.
- En favorisant une approche axée sur le patient et la participation de la collectivité dans les soins de la TB, on peut améliorer à la fois l'accès et le recours aux services de santé.
- Il est essentiel que le secteur public, le secteur privé et le bénévolat collaborent pour garantir un diagnostic et des soins de la TB accessibles et de qualité.
- L'impact croissant du VIH sur l'incidence de la TB impose d'adopter de nouvelles approches et de créer de nouveaux partenariats.
- Deux approches complémentaires s'imposent aux PNAT en cas de forte prévalence des TB pharmacorésistantes: guérir les cas de tuberculose multirésistante (TB-MR) et éviter de nouveaux cas (grâce à la stratégie DOTS).

Le cadre élargi consolide les cinq éléments essentiels de la stratégie DOTS:

- **Un engagement politique durable** pour développer les ressources financières et humaines et faire de la lutte antituberculeuse une action couvrant tout le pays et intégrée dans le système de santé national.
- **Accès à des examens de qualité des frottis** pour la recherche des cas chez les personnes venant consulter pour des symptômes évocateurs (notamment une toux prolongée) ou découvertes par le dépistage. Cette activité est particulièrement importante chez les sujets infectés par le VIH et dans d'autres groupes très exposés, comme les personnes vivant en institutions.
- **Chimiothérapie standardisée de brève durée pour les cas de TB dans de bonnes conditions de prise en charge, notamment la supervision directe du traitement.** Ces conditions sont remplies lorsque les services de soins sont solides du point de vue technique et ouverts sur la dimension sociale.
- **Approvisionnement ininterrompu en médicaments de qualité** reposant sur des systèmes fiables d'achat et de distribution.
- Système d'enregistrement et de notification permettant l'évaluation des résultats pour chaque patient et le programme en général.



#### **2.2.4** Activités essentielles pour la mise en application de la stratégie DOTS

- Mettre en place **un programme national de lutte antituberculeuse (PNAT) avec un service central.**
- Préparer un **plan de développement pour le programme.**
- Préparer le **manuel du PNAT** et le mettre à la disposition de tous les districts.
- Mettre en place un **système d'enregistrement et de notification** utilisant un matériel standardisé permettant le classement des cas inscrits et des analyses de cohortes pour les résultats.
- Planifier et mettre en route un **programme de formation** couvrant tous les aspects du programme d'action.



- Mettre en place un **réseau de services de microscopie** en contact étroit avec les services de soins de santé primaires (SSP) et soumis à des contrôles de qualité réguliers.
- Mettre en place dans le cadre des SSP des **services de traitement** qui donnent la priorité à la chimiothérapie de brève durée **sous supervision directe** et assurent l'éducation sanitaire des patients. Ces services doivent couvrir l'ensemble du territoire et des patients.
- Assurer **un approvisionnement régulier en médicaments et matériel de diagnostic** se basant sur les données antérieures de la notification des cas.
- Etablir un **plan d'encadrement** des principales opérations au niveau intermédiaire et à celui des districts, à mettre en place dès le début du programme.
- Faire de la **mobilisation sociale par l'information, l'éducation et la communication (IEC)**, afin de susciter et de maintenir l'appui à la lutte antituberculeuse.
- Faire participer tous **les prestataires de soins**, privés, bénévoles, organisations non gouvernementales (ONG), missions religieuses, employeurs, etc.
- Entreprendre une **analyse économique** et préparer un **plan financier** pour donner au PNAT une solide assise financière.
- Mener **la recherche opérationnelle** comme une activité faisant partie intégrante de la stratégie DOTS afin d'améliorer les résultats du PNAT.



### **2.2.5** Indicateurs pour mesurer la progression vers la maîtrise de la tuberculose

- Politique nationale antituberculeuse telle qu'elle est exposée dans le manuel du PNAT et conforme à la stratégie DOTS.
- Nombre de circonscriptions administratives du pays appliquant la nouvelle stratégie DOTS.
- Taux de guérison des cas à frottis positif.
- Taux de dépistage des cas.



Le documents OMS *Stratégie DOTS: un cadre élargi pour lutter efficacement contre la tuberculose* (WHO/CDS/TB/2002.297) dresse une liste complète des indicateurs.

## 2.3 TRAITEMENT SOUS SUPERVISION DIRECTE

### **Qu'entend-on par traitement sous supervision directe?**

Pour garantir la guérison du malade, il faut veiller à ce que celui-ci suive bien son traitement. L'observance, par le malade, de la chimiothérapie de courte durée signifie qu'il prend bien chaque dose du schéma thérapeutique recommandé. Or, suivre un traitement antituberculeux pendant 6 ou 8 mois est une tâche très ardue et il est difficile de prévoir quel malade arrivera à assumer pleinement cette responsabilité. Le traitement sous supervision directe (TSD) est par conséquent l'un des moyens les plus sûrs pour garantir l'observance. Cela consiste à faire suivre le sujet pendant tout le traitement par un auxiliaire qui l'observe avaler ses comprimés. Le PNAT coordonne la formation de ces aidants et contrôle leur efficacité.

### **Le traitement sous supervision directe aussi près du domicile du malade que possible**

Il est improbable qu'un sujet atteint de TB suive bien son traitement si cela implique pour lui de longs déplacements. L'un des objectifs du programme est d'organiser les services de façon à ce que les malades puissent se traiter aussi près que possible de leur domicile. Le programme de lutte antituberculeuse amène les traitements aux malades là où ils habitent. Beaucoup vivent près d'établissements de soins (centre de santé, hôpital de district). Pour ceux-là, la supervision directe du traitement sera assurée par l'un des membres du personnel de l'établissement. D'autres cependant vivent loin des établissements de santé. Ceux-là seront alors supervisés par un membre entraîné de la collectivité locale ou un agent soignant détaché. Il est également possible de former des membres de la famille à cette fin. Certaines zones disposent d'un programme local de soins pour le VIH/SIDA. Le personnel des soins à domicile peut alors assurer l'administration du traitement sous supervision directe s'il a reçu la formation nécessaire et s'il est bien encadré.

### **Intégration du traitement de la tuberculose dans les services de santé généraux**

Dans le passé, certains programmes de lutte antituberculeuse fonctionnaient uniquement avec des hôpitaux et des dispensaires spécialisés, séparés des services de santé généraux. Le gros problème de



ce système est que de nombreux sujets tuberculeux vivent loin de ces établissements. L'une des raisons pour lesquelles la tuberculose échappe à tout contrôle dans de nombreux pays est que les malades n'ont pas accès aux services de diagnostic et de traitement. Or, c'est leur proximité qui conditionne la réussite des PNAT. C'est pourquoi les services de traitement de la tuberculose sont intégrés aux autres services de santé existants.

## 2.4 TUBERCULOSE-VIH

Il existe un lien étroit entre la TB et le VIH, la première étant l'une des principales causes de morbidité et de mortalité associées au second. De son côté, le VIH est le facteur qui alimente le plus l'épidémie de TB dans les populations où il a une prévalence élevée. Le cadre stratégique mondial de l'OMS pour lutter contre l'association TB-VIH est une riposte coordonnée à cette double épidémie. La collaboration des programmes contre ces deux maladies est donc essentielle pour aider les services de santé généraux. Leurs personnels ont besoin de soutien pour délivrer l'ensemble des interventions de prévention et de soins du VIH et de la TB. Pour contrecarrer l'impact du VIH sur la TB, d'autres interventions doivent s'ajouter au dépistage et à la guérison efficaces des cas:

- des mesures pour diminuer la transmission du VIH (promotion des préservatifs, traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), conseil et dépistage volontaire du VIH, mesures de sécurité pour la consommation des drogues par injection, diminution du nombre des partenaires sexuels, prévention de la transmission mère – enfant, dépistage appliqué aux produits sanguins avant transfusion, application par les personnels soignants des précautions universelles);
- thérapie antirétrovirale (pour améliorer ou maintenir le système immunitaire des personnes vivant avec le VIH);
- soins des personnes vivant avec le VIH (par exemple, traitement des maladies associées, prévention des infections, de la TB, soins palliatifs, soutien nutritionnel).

## 2.5 DOTS-PLUS

La forte proportion de tuberculose à bacilles multirésistants (TB-MR) dans certaines régions remet en question les efforts de lutte. On parle de TB-MR lorsque les bacilles résistent au moins à l'isoniazide et à la rifampicine. DOTS-Plus est une initiative pour la prise en charge globale de ces cas s'appuyant sur les cinq éléments de la stratégie DOTS. Elle

prend néanmoins en compte des aspects spécifiques, comme l'utilisation des antituberculeux de seconde intention. Son but est d'éviter la poursuite du développement et de la propagation des TB-MR. Elle n'est pas destinée à une application universelle et ne s'impose pas dans toutes les situations. Son application dans certaines régions connaissant une forte proportion de TB-MR a pour objectif de lutter contre l'épidémie émergente de cette forme de TB. Le principe de base reste cependant que la prévention, par l'application pleine et entière de la stratégie DOTS, est le premier moyen de lutte. L'application de DOTS-Plus a pour condition préalable l'existence d'un programme efficace de lutte antituberculeuse s'appuyant sur la stratégie DOTS.



Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires. *Prise en charge de la tuberculose. Guide pour les pays à faibles revenus*. Cinquième édition. Paris, 2000.

Maher D, van Gorkom JLC, Gondrie P, Raviglione MC. Community contribution to tuberculosis care in countries with high tuberculosis prevalence: past, present and future. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3: 762–768.

Organisation mondiale de la Santé. *Principes pour la prise en charge de la tuberculose à bacilles résistants*. Genève, 1997 (WHO/TB/96.210, (Rev.1).

Organisation mondiale de la Santé. DOTS. *Un guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculose recommandée par l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/CDS/CPC/TB/99.270).

Organisation mondiale de la Santé. *Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Report No. 2. Prevalence and trends*. Genève, 2000 (WHO/CDS/TB/2000.278).

Organisation mondiale de la Santé. *The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance*. Genève, 2000.

Organisation mondiale de la Santé. *Lignes directrices relatives à la mise en place des projets pilotes "DOTS-Plus" pour la prise en charge de la tuberculose à bacilles multirésistants [TB-MR]*. Genève, 2000 (WHO/CDS/TB/2000.279).

Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie DOTS: un cadre élargi pour lutter efficacement contre la tuberculose*. Genève, 2003 (WHO/CDS/TB/2002.297).

Organisation mondiale de la Santé. *Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/HIV*. Genève, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.296).

Organisation mondiale de la Santé. *Le traitement de la tuberculose: Principes à l'intention des programmes nationaux. Deuxième édition*. Genève, 1997 (WHO/TB/97.220) (troisième édition parue en anglais sous la cote WHO/CDS/TB/2003.313).

Organisation mondiale de la Santé. *Community contribution to TB care. Practice and Policy*. Genève, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.312).

Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines for collaborative TB and HIV programme activities*. Genève, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319, WHO/HIV/2003.01).