



EUR/TB/FS01
3 septembre 2007

Informations générales sur la tuberculose

La tuberculose est une maladie contagieuse causée par le bacille *Mycobacterium tuberculosis*. Comme le rhume, elle se propage dans l'air. Les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire (ce sont les poumons qui sont le plus fréquemment touchés) sont souvent contagieuses et peuvent propager cette maladie en toussant, en éternuant ou simplement en parlant, car alors elles propulsent des bacilles de la tuberculose dans l'air. Une autre personne qui respire ces bactéries peut s'infecter, mais ne devient pas nécessairement malade. Dans ce cas, la cutiréaction est positive. Si les bacilles mettent en échec le système immunitaire, la personne concernée est atteinte de tuberculose-maladie.

Une personne atteinte de la tuberculose-maladie présente différents symptômes, qui varient selon le site touché. Dans la tuberculose pulmonaire, les symptômes les plus courants sont une toux avec production d'expectorations (parfois sanguinolentes), l'essoufflement et des douleurs thoraciques. Il existe également des symptômes généraux comme de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes, une perte de poids, une perte d'appétit, de la fatigue et une faiblesse musculaire.

Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire infectieuse non traitée infecte en moyenne entre 10 et 15 personnes par an. Une personne sur dix infectée par le bacille de la tuberculose (sans être infectée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) contracte la tuberculose-maladie au cours de son existence. Les personnes infectées par le VIH et le bacille de la tuberculose risquent davantage de contracter la tuberculose-maladie.

Les principaux moyens de diagnostic de la tuberculose sont l'évaluation clinique, et les examens bactériologiques et radiologiques. L'examen d'un frottis d'expectoration au microscope est le moyen le plus simple, le meilleur marché et le plus direct de déceler la présence de bacilles tuberculeux et de confirmer la tuberculose-maladie en un ou deux jours. Cependant, pour évaluer la sensibilité aux médicaments, il faut cultiver le bacille et le tester dans un laboratoire dûment équipé pendant six à seize semaines. Il est alors possible d'identifier les types de tuberculose pharmacorésistante. Les résultats de radiographies peuvent mettre en évidence une tuberculose, mais cet examen doit généralement être confirmé par d'autres tests.

Il est habituellement possible de traiter la tuberculose au moyen de quatre médicaments antituberculeux de première ligne. Le traitement commence généralement par une phase intensive de deux mois pendant laquelle tous ces médicaments sont utilisés, suivie par une phase de quatre mois au cours de laquelle deux médicaments seulement sont administrés. Il est recommandé d'observer directement la prise du traitement et de fournir un soutien au patient. Si le traitement n'est pas administré correctement ou jusqu'au bout, une résistance aux médicaments antituberculeux peut se manifester et le traitement devient alors beaucoup plus difficile, voire impossible.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'un tiers de la population mondiale est infectée par le bacille de la tuberculose et que 8,8 millions de nouveaux cas de tuberculose et 1,6 million de décès dus à cette maladie se sont produits dans le monde en 2005. Quatre-vingt pour cent de tous les cas se sont produits dans 22 pays, situés principalement en Afrique et en Asie. Sur le plan mondial, la Région européenne de l'OMS ne représente que 5 % de tous les cas de tuberculose et enregistre une incidence, une prévalence et une mortalité inférieures à celles des régions susmentionnées. Cependant, dans certains pays de la Région européenne, l'incidence de la tuberculose est comparable à ce qu'elle est en Afrique, et le taux global de succès du traitement dans la Région est le même qu'en Afrique. Cela est dû au fait que la Région européenne est celle où la prévalence de la tuberculose pharmacorésistante est la plus élevée dans le monde.

En 2006, l'OMS a lancé la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose. Au cœur de cette stratégie, se trouve le traitement de courte durée sous observation directe (DOTS), qui est la méthode de lutte contre la tuberculose que l'OMS a lancée en 1995. Les six éléments de cette stratégie sont les suivants :

1. Poursuivre l'élargissement et le renforcement d'un traitement DOTS de bonne qualité.
2. S'attaquer à l'infection concomitante par le VIH et le bacille de la tuberculose, à la tuberculose multirésistante et à d'autres problèmes.
3. Contribuer au renforcement des systèmes de santé.
4. Faire participer tous les prestataires de soins.
5. Autonomiser les tuberculeux et les communautés.
6. Favoriser la recherche.

Cette stratégie sera mise en œuvre au cours des dix prochaines années, comme l'indique le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015¹. Ce dernier constitue une évaluation globale des mesures et des ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie Halte à la tuberculose et atteindre les objectifs indiqués ci-après.

- Cible 8 de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 6 : porter un coup d'arrêt à l'augmentation de l'incidence de la tuberculose et commencer à inverser la tendance actuelle d'ici à 2015.
- Cibles liées aux OMD et approuvées par le Partenariat Halte à la tuberculose :
 - d'ici à 2005 : détecter au moins 70 % des nouveaux cas à frottis d'expectoration positifs et guérir au moins 85 % de ces cas ;
 - d'ici à 2015 : réduire de 50 % la prévalence de la tuberculose et les taux de mortalité liés à cette maladie par rapport à 1990 ;
 - d'ici à 2050 : éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique (un cas pour un million d'habitants).

Le Plan mondial invite plus particulièrement deux sous-régions épidémiologiques, à savoir l'Afrique subsaharienne et l'Europe orientale, à atteindre les cibles des OMD d'ici à 2015. La sous-région épidémiologique « Europe orientale » comprend les pays issus de l'ex-Union soviétique et les pays d'Europe centrale suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bulgarie, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine.

Des efforts particuliers ont été entrepris pour maîtriser la tuberculose en Europe : 1) le Partenariat Halte à la tuberculose pour l'Europe a été créé en octobre 2006 et vise à inciter les principales parties prenantes européennes à favoriser une action plus énergique contre l'épidémie dans la Région ; et 2) deux plans stratégiques ont été élaborés en vue de la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS : l'un pour les 18 pays prioritaires de la sous-région épidémiologique d'Europe orientale et l'autre pour les États membres de l'Union européenne.

Texte rédigé par Pierpaolo de Colombani.

¹ Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 [site Web]. Genève, Partenariat Halte à la tuberculose, 2007 (http://www.stoptb.org/globalplan/assets/documents/StopTB_GlobalPlan_FR_web.pdf, consulté le 6 juillet 2007).