



REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



DIRECTION DES SOINS
DE SANTE DE BASE



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE 2008 - 2015

2008

Programme National de lutte Antituberculeuse

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE 2008 - 2015

Programme National de lutte Antituberculeuse

Ce document a été élaboré sous la direction du **Dr. Mounira Garbouj**, Directrice des Soins de Santé de Base au Ministère de la Santé Publique.

Le comité de rédaction était composé des personnes suivantes :

- + Dr Ridha Djebeniani : STB Medical Officer OMS
- + Dr Dhikrayet Gamara : Coordinatrice du PNLT

La direction et le comité de rédaction tiennent à exprimer leurs remerciements aux consultants qui ont contribué à l'élaboration du document :

Dr Jean Pierre Zellweger : Consultant international

Dr Mohamed Hassairi : Consultant national

A l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux qui ont contribué aux différentes étapes du processus du plan stratégique national :

- + Le comité national de lutte contre la tuberculose
- + La société Tunisienne des maladies respiratoires
- + La ligue nationale de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires
- + L'OMS
- + Les participants à l'atelier de planification stratégique

Liste des abréviations.

❑ APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
❑ BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin
❑ CHU	Centre Hospitalier Universitaire
❑ CSB	Centre de Santé de Base
❑ DAT	Dispensaire Anti Tuberculeux
❑ DMIS	Drug Management Information System
❑ DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
❑ DOTS-Plus	Stratégie de l'OMS de prise en charge de la tuberculose multi résistante
❑ EMPHIS	Euro Mediterranean Public Health Information System
❑ GDF	Global Drug Facility
❑ GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
❑ GLC	Green Light Committee
❑ IMCI	Integrated Management of Child Illnesses
❑ LAT	Lutte Anti Tuberculeuse
❑ LAT	Lutte AntiTuberculeuse
❑ MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
❑ MDR TB	Tuberculose multi résistante
❑ OMS	Organisation Mondiale de la Santé
❑ PAL	Practical Approach to Lung health
❑ PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
❑ PNLAT	Programme National de Lutte Anti Tuberculeuse
❑ PPM	(Public Private Mix)
❑ PVVS	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
❑ RAI	Risque Annuel d'Infection
❑ S&E	Suivi Evaluation
❑ SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
❑ TB/VIH	Co-infection tuberculose VIH
❑ UICTMR	Union Internationale contre la Tuberculose et le Maladies Respiratoires
❑ VIH	Virus d'Immunodéficience humaine

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	4
SOMMAIRE	5
1. INTRODUCTION.....	6
2. STRUCTURE ET POLITIQUES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE	6
3. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE.....	9
SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE.....	9
ANALYSE DE LA REPONSE.....	11
ACQUIS.....	11
LES LACUNES	13
4. LES PRINCIPALES AIRES PRIORITAIRES D'INTERVENTION.....	19
5. VISION	20
6. MISSION	20
7. BUT.....	20
8. OBJECTIFS GENERAUX	20
9. OBJECTIFS SPECIFIQUES ET STRATEGIES.....	20
OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité.....	20
STRATEGIE 1.1 : Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne.	20
STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.	21
STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact	22
OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : LUTTER CONTRE LA CO-INFECTION TB-VIH, CONTRE LA TB-MR ET S'ATTAQUER À D'AUTRES DÉFIS	23
STRATEGIE 2.1 : Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH.....	23
STRATEGIE 2.2 : Prévention et lutte contre la tuberculose résistante	24
STRATEGIE 2.2 : Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts	24
OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : contribuer au renforcement du système de santé	25
STRATEGIE 3.1 : Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines.....	25
STRATEGIE 3.2 : Généraliser l'approche pratique santé respiratoire (PAL).....	26
OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : engager tous les prestataires de soins.....	26
STRATEGIE 4.1 : Mettre en place des approches public/privé et public/public	26
STRATEGIE 4.2 : Promouvoir les normes internationales de soins antituberculeux	27
OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : habiliter les patients et la communauté	27
STRATEGIE 5.1 : Participation de la communauté aux soins antituberculeux	27
STRATEGIE 5.2 : Mettre en place des actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale.....	27
OBJECTIF SPECIFIQUE 6 : FAVORISER ET PROMOUVOIR LA RECHERCHE.....	27
STRATEGIE 6.1 : Entreprendre des actions de recherche opérationnelle centrée sur le programme national.....	28

1. INTRODUCTION

Située au centre de l'Afrique septentrionale, entre l'Algérie à l'ouest et la Libye au sud est, la Tunisie (10 millions d'habitants en 2005) fait partie des pays à revenu intermédiaire. L'indice de développement humain est moyen et l'indice de pauvreté humaine est faible.

En matière de tuberculose la Tunisie est un pays à incidence intermédiaire avec une incidence déclarée avoisinant 20 pour 100.000 habitants et une incidence estimée de 24 pour 100.000 habitants en 2005.

Le présent plan stratégique est inspiré de la stratégie Halte à la Tuberculose et du plan mondial de lutte contre la tuberculose 2006-2015 et est conçu dans le cadre des engagements du pays pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement. Dans ce cadre il est à noter que L'objectif 6, cible 8 – "avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle – a deux indicateurs pour la tuberculose : l'indicateur 23 : taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie, et l'indicateur 24 : proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS).

2. STRUCTURE ET POLITIQUES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

STRATEGIE :

- ✦ Le dépistage bactériologique précoce des sources d'infection parmi :
 - Les consultants suspects de tuberculose pulmonaire.
 - Les contacts des malades dépistés.
 - Les personnes présentent des facteurs de risque de la maladie.
- ✦ Le traitement régulier et supervisé jusqu'à guérison
- ✦ La vaccination des enfants par le BCG (activité intégrée au programme national de vaccination).

PRINCIPES DE LA STRATEGIE :

- ✦ La gratuité des actes relatifs au dépistage et au traitement.
- ✦ Le ciblage des groupes à risque élevé, particulièrement les contacts des malades tuberculeux, le personnel de soins, les prisonniers et les malades tuberculeux multi résistants
- ✦ La décentralisation et l'intégration dans les soins de santé de base: rapprocher les services, assurer une couverture globale et permanente.
- ✦ La standardisation des méthodes
- ✦ La déclaration obligatoire de tous les cas dépistés.
- ✦ La formation du personnel médical et para-médical
- ✦ La supervision, le suivi et l'évaluation continues
- ✦ L'éducation sanitaire de la population générale, des malades et de leur entourage

NIVEAUX D'INTERVENTION :

- Le niveau périphérique : les centres de santé de base et les structures de première ligne d'une manière générale.

- Le niveau local : la circonscription.
- Le niveau régional : la région.
- Le niveau central.

ROLE DU NIVEAU PERIPHERIQUE

- ✦ Le dépistage bactériologique des cas de tuberculose pulmonaire parmi les consultants suspects présentant notamment:
 - Une toux persistante pendant deux semaines ou plus, accompagnée souvent de crachats et parfois d'hémoptysie.
 - Douleurs thoraciques.
 - Anorexie, amaigrissement, sueurs nocturnes, fièvres et dyspnée.
- ✦ Le dépistage de la tuberculose chez les contacts des malades.
 - (demander aux contacts examinés de revenir consulter en cas d'apparition des signes évocateurs de la maladie).
 - Guide du dépistage de la tuberculose chez les contacts.
- ✦ Le dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque.
- ✦ L'envoi des malades dépistés ou des malades suspects à la consultation externe régionale de pneumophtisiologie.
- ✦ La distribution mensuelle des médicaments aux malades en traitement ambulatoire.
- ✦ Le suivi de la régularité du traitement grâce à la bonne tenue du cahier de traitement ambulatoire.
- ✦ La récupération rapide des malades défailants au traitement.
- ✦ L'envoi des malades pour le contrôle périodique à la consultation externe régionale de pneumo-ptisiologie.
- ✦ La supervision de la prise des médicaments par les malades.

NIVEAU LOCAL

- **Ce niveau comprend :**
 - L'équipe de circonscription.
 - Un hôpital de circonscription.
 - Un laboratoire de bacilloscopie.
- **Il est chargé des activités suivantes :**
 - L'examen bactériologique des crachats.
 - La supervision du niveau périphérique.
 - L'exécution des enquêtes épidémiologiques.
 - La récupération des défailants.
 - La coordination à l'échelle de la circonscription.

NIVEAU REGIONAL

- **Ce niveau comprend:**
 - La direction régionale de la santé publique.
 - Le service régional des soins de santé de base.
 - Un dispensaire antituberculeux ou une consultation externe de pneumophtisiologie.
 - Un hôpital régional ou un C.H.U.
 - Parfois un laboratoire de culture.
 - Un ou plusieurs pneumophtisiologues ou à défaut un médecin coordinateur de la L.A.T.
- **Ce niveau est responsable (en matière de gestion du programme)**
 - De la coordination, de la gestion, de la supervision et de l'évaluation du programme à l'échelle régionale.
 - De la formation du personnel de la région.
 - Des enquêtes épidémiologiques.

- Du rappel des défaillants.
- **Ce niveau est responsable (en matière de prise en charge des cas):**
 - De la consultation recours et la confirmation du diagnostic.
 - De la prescription du traitement.
 - De l'hospitalisation des malades et de la supervision de la prise des médicaments par les malades.
 - De la déclaration des nouveaux cas.
 - Du contrôle périodique chez les malades en traitement ambulatoire.

NIVEAU CENTRAL

- **L'unité de L.A.T de la Direction des Soins de Santé de Base assistée par la commission nationale de lutte antituberculeuse est chargée des fonctions suivantes:**
 - La conception, la planification, la supervision, l'évaluation, la gestion et la coordination du programme à l'échelle nationale.
 - La formation du personnel médical et paramédical impliqué dans le programme en collaboration avec les C.H.U.
 - La recherche opérationnelle et appliquée en collaboration avec les CHU, les laboratoires nationaux de référence et tous les intervenants du programme.

ROLE DU MEDECIN DU CENTRE DE SANTE DE BASE

- L'identification des malades suspects de tuberculose parmi les consultants examinés.
- Le diagnostic de tuberculose parmi les consultants suspects, les contacts et les groupes à risque.
- L'envoi des malades ou des suspects à la consultation externe régionale de pneumophysiologie.
- La formation du personnel paramédical.
- L'éducation sanitaire des malades et de leur entourage.
- Le contrôle du recueil des données.

LA SUPERVISION DE LA PRISE DU TRAITEMENT

- **Buts**
 - S'assurer de la prise réelle des médicaments par les malades et ce, afin
 - d'assurer la guérison du malade
 - de briser la chaîne de transmission de la maladie,
 - de prévenir l'apparition des formes chroniques et de la résistance au traitement antituberculeux.
- **Modalités:**
 - Hospitalisation: effectuée par le personnel du service.
 - Traitement d'attaque en ambulatoire: personnel du centre de santé au moment de l'injection de la strepto.
 - Phase d'entretien: un membre de la famille.
 - Lors de la venue du malade au centre de santé pour s'approvisionner en médicaments le personnel de santé doit veiller par un interrogatoire poussé à la vérification de la prise effective du traitement par le malade.
 - En cas de doute sur l'observance du traitement le malade doit être référé à son médecin traitant.

MESURES POUR PREVENIR LA DEFAILLANCE

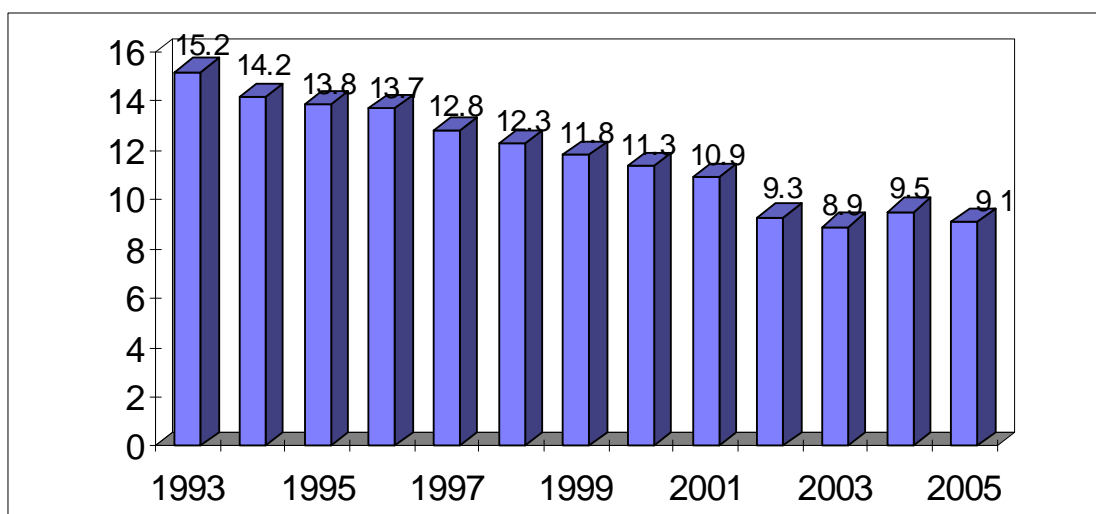
- Distribuer à tous les malades sous traitement les dépliants éducatifs destinés aux malades et à leur entourage.
- Procéder à l'éducation sanitaire du malade dès que le diagnostic est posé.
- Identifier correctement tout malade tuberculeux en notant au moins 2 adresses.

- Renforcer la coopération entre le service régional des soins de santé de base et le service de pneumophtisiologie afin que les malades ne soient pas perdus de vue à leur sortie de l'hôpital (information rapide du service régional pour assurer la régularité de la prise du traitement par les structures périphériques).

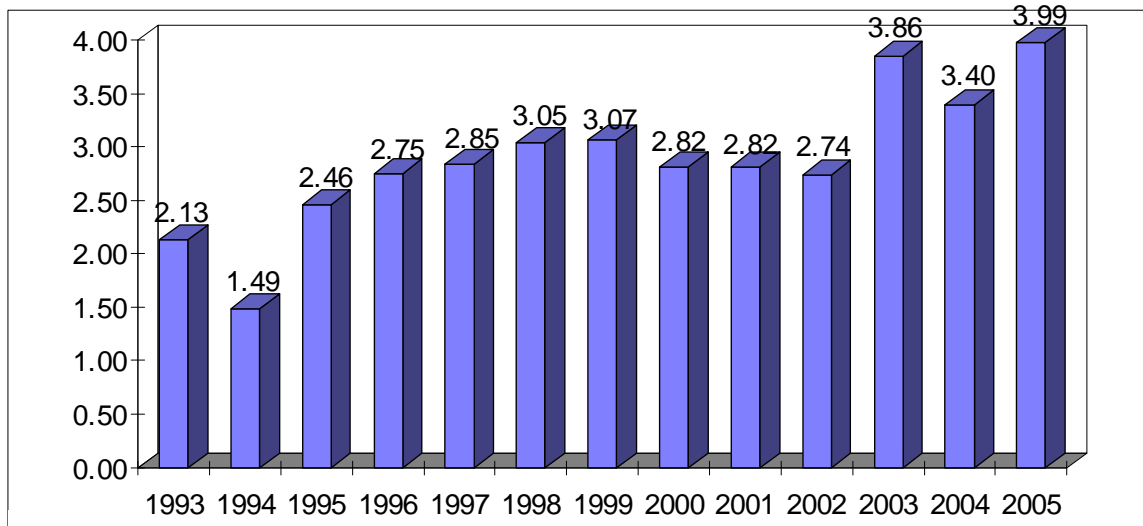
3. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

- Le taux d'incidence est passé de 48,6 ‰ habitants en 1975 à 22,3 ‰ habitants en 2007.
- La prévalence instantanée au 1er Janvier est passée de 4.550 cas en 1984 à 1.771 cas en 2006.
- En 1957, ce nombre était estimé à 100.000 pour une population de 4 millions et demi d'habitants.
- 4 cas de tuberculose méningée ont été déclarés en 2005 chez les enfants de 0 à 14 ans confirmant le recul des formes graves de l'enfant constaté depuis plusieurs années.
- La dernière enquête sur le Risque Annuel d'Infection (RAI) a eu lieu en 1986 et a montré un RAI de 0.5%.
- Depuis les années 50 aucune enquête de prévalence de la maladie n'a été effectuée.
- En 2006, la tuberculose pulmonaire constitue 56.6% de toutes les formes. Cette répartition ne correspond pas à la répartition classique qui est autour de 70 à 80%. Cette répartition classique est celle qu'on voit aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Il est à signaler que ce phénomène touche aussi tous les autres pays du Maghreb. L'explication qu'on peut donner à ce phénomène, compte tenu de la rareté de l'infection par le VIH, c'est que ces pays ont fait des progrès certains dans la lutte contre la tuberculose humaine mais n'ont pas mis en œuvre les mêmes mesures pour lutter contre la tuberculose animale qui est endémique en Tunisie.
- Si le taux d'incidence de la tuberculose pulmonaire à microscopie positive a connu une baisse constante passant de 15.2 pour 100.000 en 1993 à 9.1 pour 100.000 en 2005 il n'en est pas de même pour la tuberculose ganglionnaire.



- Au cours des 14 dernières années le taux d'incidence de la tuberculose ganglionnaire a connu une augmentation constante passant de 2.3 pour 100.000 en 1993 à 4 pour 100.000 en 2005.

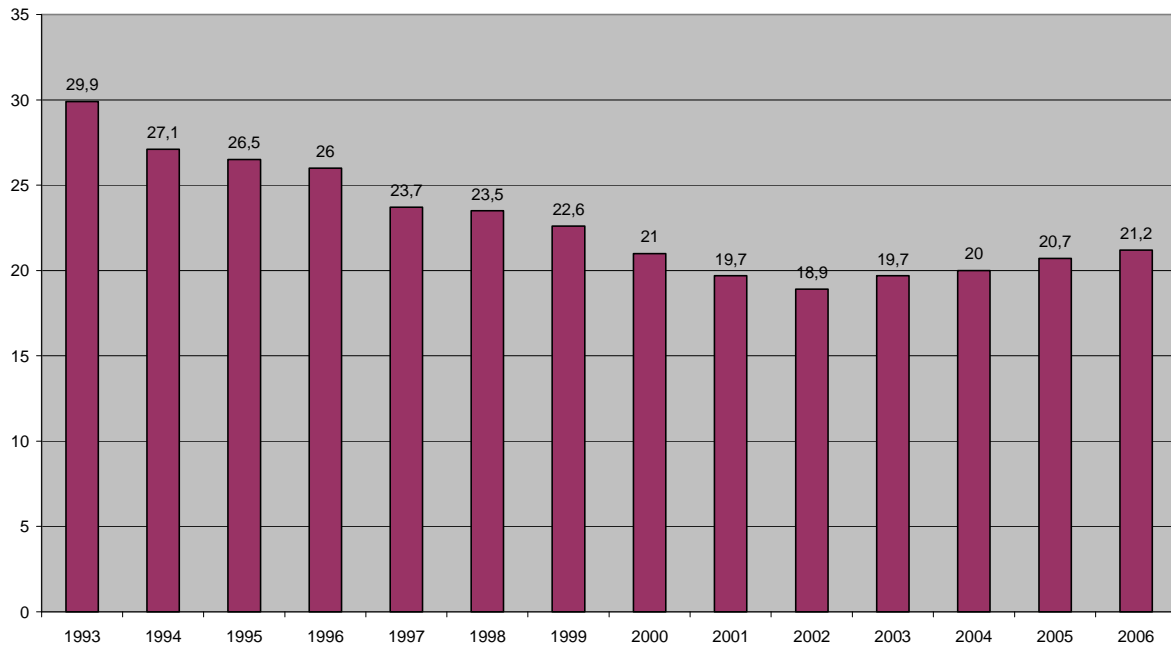


- Le mycobactérium bovis serait responsable de 30 à 50% des cas de tuberculose ganglionnaire. En effet une enquête réalisée à l'Institut Pasteur de Tunis en 1993 a montré que 50% des tuberculoses ganglionnaires étaient dues au mycobactérium bovis alors que l'enquête du laboratoire de pneumophthisiologie de l'Ariana en 2002 a montré un pourcentage de 30%. Les zones d'endémie sont les régions de Médenine, Tataouine et Gabès dans lesquelles le nombre de tuberculoses ganglionnaires est anormalement supérieur au nombre de tuberculoses pulmonaires. Aucune étude n'a été faite sur la tuberculose ganglionnaire mais il est probable qu'une bonne proportion est due au mycobactérium bovis. Dans ces régions la consommation de lait cru et de produits laitiers non pasteurisés est très commune. Par ailleurs une enquête épidémiologique effectuée en 1996 a montré que 70% des patients atteints de tuberculose ganglionnaire consomment du lait cru. Par ailleurs, il existe une endémie tuberculeuse animale qui n'est pas convenablement prise en charge du moment que le Programme national de lutte contre la tuberculose animale n'est pas obligatoire. Autrement dit, la prise en charge des animaux malades en termes de test tuberculinique et d'abattage en cas de positivité suivi d'une indemnisation du propriétaire est laissée au choix de ce dernier. L'étude des différents rapports annuels du Ministère de l'agriculture a montré qu'il existe un parallélisme géographique net entre l'endémie tuberculeuse animale et la présence de tuberculose ganglionnaire. Certaines études ont montré que Mycobactérium bovis confère une immunité anti-mycobactérium tuberculosis ce qui expliquerait le fait que dans les régions de Gabès, Médenine et Tataouine la tuberculose pulmonaire est insignifiante par rapport à la tuberculose ganglionnaire.
- Il est à signaler que la tuberculose pleurale qui était toujours la deuxième localisation tuberculeuse la plus fréquente après la localisation pulmonaire

occupe depuis plusieurs années la troisième position derrière la tuberculose ganglionnaire. En effet en 2005 la tuberculose pulmonaire constituait 57 % des cas suivie de la ganglionnaire avec 19% et la pleurale avec 6%.

- Ce phénomène constitue une cause principale de la stagnation de la situation épidémiologique après une diminution constante de l'incidence entre 1993 et 2002.

Evolution du taux d'incidence de la tuberculose toutes formes en Tunisie



- Quelques cas de tuberculose pulmonaire à bacilles multirésistants ont été observés au cours des trois dernières années.
- La Tunisie étant un pays à faible prévalence de VIH, l'impact de l'épidémie de VIH sur la tuberculose est mineur : la séroprévalence au VIH mesurée annuellement chez les malades tuberculeux depuis 10 ans est de l'ordre de 0,5%, et il n'existe pas une tendance à la hausse..

ANALYSE DE LA REponse

ACQUIS

Face à la situation de la tuberculose considérée comme un problème de santé publique, la Tunisie s'est engagée dans la lutte contre ce fléau. Depuis 1959, un programme national de lutte a été mis en oeuvre pour lutter contre ce fléau et a été constamment adapté à la situation épidémiologique du pays et aux progrès scientifiques et a impliqué tous les intervenants potentiels à, savoir les personnels de santé des structures de première ligne, les pneumophthisiologues et les autres spécialistes concernés, les biologistes, les autorités sanitaires nationales et régionales, les organisations non gouvernementales et le secteur privé.

Le programme national de lutte antituberculeuse couvre en permanence la totalité du territoire tunisien grâce à son intégration dans les structures de santé de base.

Par ailleurs, il existe une excellente couverture sanitaire de la population, avec médicalisation des centres de santé de base, coordonnés aux autres niveaux des services de santé.

Les actes relatifs au dépistage et au traitement ont été toujours gratuits de par les textes et de par la tradition.

La Tunisie a célébré régulièrement depuis leur institution en 1997 toutes les journées mondiales contre la tuberculose au cours desquelles les activités éducatives en faveur des malades et de leur entourage sont renforcées ainsi que la sensibilisation du personnel de santé à tous les niveaux des soins à l'application des directives du programme national.

En outre des activités de formation ayant ciblé les médecins coordinateurs et les responsables régionaux du programme ainsi que les bacilloscopistes et un suivi régulier de la situation de la lutte antituberculeuse au niveau des régions en vue de rectifier les insuffisances, ont été assurées de façon régulière. Il en est de même des activités de sensibilisation de tous les intervenants du programme notamment les universitaires.

Depuis 1993 il y a peu de perdus de vue suite à la restructuration de la lutte antituberculeuse dans la région du Grand Tunis. Le taux de succès du traitement a constamment été supérieur à 90% depuis la généralisation de la stratégie DOTS. Le taux de défaillance est passé de 15,21% en 1993 à 2,62% en 2006.

Il existe un système de notification des cas de tuberculose intégré à la notification des autres maladies transmissibles, et complété par le système d'enregistrement et de suivi des cas de tuberculose identifiés.

La stratégie DOTS a été introduite dans le pays en 1999 avec une volonté politique claire pour la lutte contre la tuberculose amorcée depuis l'année 1992 au cours de laquelle le premier guide technique de lutte contre la tuberculose a été produit suite à la prise de conscience de la nécessité de standardiser les protocoles et les procédures de lutte antituberculeuse. Ce guide a été mis à jour en 1999 pour inclure toutes les composantes et les outils techniques de la stratégie DOTS.

Les activités de lutte contre la tuberculose couplés au partenariat avec la ligue nationale de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires ainsi qu'avec le secteur universitaire ont permis à la Tunisie d'atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre la tuberculose de 2005 qui consistent à détecter au moins 70 % des nouveaux cas à frottis positif et de traiter avec succès au moins 85 % de ces cas. En décembre 2003 l'OMS a certifié officiellement l'atteinte par la Tunisie (de façon constante lors des 4 dernières années) ainsi que par 5 autres pays de ces objectifs mondiaux. Dans ce cadre, un prix mondial a été décerné par l'OMS à la Tunisie lors du deuxième forum du partenariat Halte à la Tuberculose qui a eu lieu à New Delhi du 24 au 26 mars 2004.

L'impact épidémiologique de ces investissements dans la stratégie DOTS et des performances obtenues a été illustré par le déclin de l'incidence de la tuberculose au taux moyen satisfaisant de 5% par an entre 1993 et 2002.

Au-delà du DOTS, un projet pilote DOTS-Plus a été mis en place en 2007. Il en est de même de l'approche pratique de la santé respiratoire (PAL) qui a été introduite en 2005 dans le cadre d'un projet pilote avec l'élaboration de directives techniques et la réalisation d'une étude de faisabilité et qui est appelée à être généralisée suite à l'élaboration d'un plan de généralisation.

L'enseignement théorique et pratique du PNLAT a été intégré dans le cursus des études médicales et paramédicales conformément aux recommandations de l'atelier OMS de Rome (octobre 1997) avec l'appui de l'OMS.

Depuis trois années le programme est en train de mettre en oeuvre une stratégie de lutte contre la tuberculose transmise à l'homme par les animaux atteints de cette maladie à travers la consommation des produits laitiers non pasteurisés. Cette stratégie comporte les axes suivants:

- la lutte contre la tuberculose animale par les services vétérinaires du ministère de l'agriculture.
- le contrôle des points de vente du lait et de ses dérivés par les services d'hygiène du ministère de la santé publique.
- l'éducation sanitaire du public sur le danger de la consommation des produits laitiers non pasteurisés ou acquis chez des établissements commerciaux qui ne font pas l'objet d'un contrôle régulier de l'hygiène.

Une action d'informatisation du système de recueil de données dans deux régions pilotes a eu pour cadre le projet EMPHIS financé par la commission européenne en 2006.

LES LACUNES

Les objectifs mondiaux de lutte antituberculeuse qui sont de détecter 70 % des nouveaux cas infectieux à frottis positif et de guérir 85 % des cas détectés ont été atteints par la Tunisie depuis les années 1990. En l'absence de co-infection par le VIH, comme c'est le cas en Tunisie, la réalisation de ces objectifs devrait conduire à une diminution considérable du taux de prévalence de la tuberculose et à un déclin annuel du taux d'incidence de 5 à 10 %. Cet impact épidémiologique attendu ne s'est pas confirmé au cours des 4 dernières années au cours desquelles le déclin amorcé depuis 1993 s'est arrêté depuis 2003 pour laisser place à un plateau. Ceci nécessite l'intervention contre les lacunes programmatiques résiduelles et au niveau des groupes à risque.

Les principales lacunes peuvent être résumées comme suit :

Diagnostic bactériologique

Le réseau de laboratoire souffre de plusieurs lacunes, tant au niveau de l'infrastructure et des équipements, qu'au niveau du personnel (effectif et formation) et de l'assurance qualité. Une amélioration du réseau de laboratoires s'impose car l'organisation actuelle et le système d'assurance de la qualité ne répondent pas aux normes établies par l'OMS.

L'institution d'un laboratoire national de référence n'a jamais pu être officialisée. Il était prévu suite aux recommandations d'une mission OMS sur le réseau de laboratoires en Tunisie de désigner le laboratoire de l'Ariana pour être le laboratoire national de référence et les laboratoires d'hygiène de Sfax et de santé publique de Sousse comme laboratoires intermédiaires de la lutte antituberculeuse. Mais cela n'a pas encore été réalisé. Il n'existe pas un lien entre le laboratoire de l'Ariana et un laboratoire supranational.

Le système d'assurance externe de la qualité n'est plus appliqué depuis quelques années.

Bien que la couverture du réseau de laboratoire de microscopie soit relativement satisfaisante (66 laboratoires avec une couverture d'1 laboratoire pour 152,000 habitants), l'état actuel des équipements n'est pas optimal. En ce qui concerne la culture, la couverture reste insuffisante. La couverture actuelle est d'un laboratoire de culture pour un million et demi d'habitants (7 laboratoires de culture), alors que l'OMS recommande d'avoir un laboratoire de culture pour 500 000 à 1000000 d'habitants.

Bien que l'examen microscopique soit l'élément essentiel de la stratégie DOTS, sur lequel la détection de la tuberculose et la lutte contre la maladie continueront à s'appuyer, il est indispensable de renforcer les services chargés d'effectuer les cultures de *M. tuberculosis* et les tests de sensibilité aux médicaments. L'extension des services de bactériologie dans ce sens permettra d'améliorer le diagnostic des cas de tuberculose à frottis négatif, ce qui est particulièrement important en cas d'infection par le VIH, de tuberculose infantile ou de tuberculose extra pulmonaire. Cependant la culture liquide n'est pas encore introduite dans le pays ni les tests rapides de la résistance antituberculeuse.

Alors que l'idéal est de réaliser les examens de culture d'une manière systématique, une proportion non négligeable de malades n'en bénéficient pas. En 2006, 1000 patients (47%) n'en ont pas bénéficié faute d'accessibilité à ce genre d'investigation. Cet examen est indispensable pour la réalisation des tests de sensibilité, et la détection des tuberculoses multi résistantes

En plus, le programme compte introduire un système de surveillance de la résistance aux médicaments anti-tuberculeux pour la prévention de la tuberculose multirésistantes, et à améliorer la prise en charge des cas multirésistants. Il est donc nécessaire de renforcer les capacités du laboratoire de référence national, le lier à un laboratoire supranational, améliorer l'accès à la culture et introduire les tests de résistance moléculaire pour le dépistage précoce de la résistance.

L'incidence de la tuberculose ganglionnaire ne cesse d'augmenter. Les causes de cette situation sont mal cernées. Ce type d'infection pourrait être dû au *Mycobacterium bovis*. La prévalence de l'infection tuberculeuse dans les bovins est très importante. Selon les données du ministère de l'agriculture, le tiers environ (33.7%) des bovins sont infectés par le BK. Les gouvernorats à forte prévalence sont Bizerte (86.3%), Tozeur (83.8%), Sfax (78.9%), Gafsa (72%) et Sousse (58.5%). L'identification de *M bovis* n'est pas actuellement réalisée d'une manière systématique, le diagnostic bactériologique n'étant pas toujours effectué.

Médicaments antituberculeux

Les médicaments de première ligne sont acquis sur le budget de l'état. Les commandes de médicaments ne sont pas effectuées selon les règles de calcul du GDF basées sur les données épidémiologiques. Il est à noter qu'il n'a pas été possible au cours des dernières années de maintenir un stock de réserve d'au moins 6 mois au niveau central en raison des coûts croissants des médicaments qui n'ont pas été en parallèle avec l'augmentation de la ligne budgétaire consacrée aux médicaments. Malgré les avantages des associations en proportions fixes de médicaments antituberculeux en termes de traitement du malade et de gestion pharmaceutique, ces produits ne sont pas encore introduits en Tunisie.

Les médicaments de 2ème lignes ont été obtenu par le Green Light Committee (2006-2008). Durant la période 2006-2008, l'état a augmenté le financement des médicaments de première lignes de US\$290,000 à US\$360,000 en relation avec le croissant nombre de cas durant cette période. Cependant, le financement des médicaments de 2ème ligne est resté à US\$25,000 durant ces 3 dernières années, malgré l'augmentation des cas de MDR-TB déclaré par an de 35 en 2005 à 42 en 2007. Une rupture de stock pour les médicaments de 2ème ligne a eu lieu en 2006.

Tuberculose multirésistante

La dernière enquête de prévalence de la résistance des médicaments antituberculeux en 2002 a montré une prévalence de 1,14% parmi les nouveaux cas et 31% parmi les re-traitements. En 2006, la prévalence estimée de la tuberculose multi-résistante a augmenté à 2,7% et 36%, respectivement. Cependant, le financement de l'état pour les médicaments de 2ème ligne a été stagnant à US\$ 25,000 par an durant les 3 dernières années, et un écart de US\$25,000 pour les médicaments de 2ème ligne a été déclaré dans le rapport soumis à l'OMS en 2008. Il n'y a pas de salles spéciales pour la prise en charge des patients multi résistants où les mesures de lutte contre l'infection sont appliquées. Il est devenu évident que la prise en charge de la tuberculose multi résistante est une des lacunes du programme en raison du fait que l'état ne pourrait pas s'en charger avec les ressources nationales.

Sujets contacts

Les enquêtes de dépistage parmi les sujets contacts ne sont pas exhaustives et sont réalisées de manières très inégales selon les dispensaires anti-tuberculeux (DAT). En 2006, on estime qu'uniquement 50% des sujets contacts potentiels (entourage familial et socio professionnel) ont été examinés, avec une variation significative entre les gouvernorats. L'incidence de la tuberculose parmi les contacts a été de 500/100,000 habitants parmi les sujets contacts examinés en 2006, mais le taux estimé est de 4000/100,000. Un dépistage exhaustif de ces sujets permettra de réduire la transmission de la maladie dans le pays.

La stratégie de dépistage de la tuberculose chez les contacts doit être revue notamment en ce qui concerne l'interprétation des tests tuberculiques chez les enfants.

Personnel de Santé

Le personnel de santé représente un groupe à risque. La prévalence de la maladie chez le personnel de santé est 65/100 000. Cependant, les mesures de lutte de l'infection dans les structures de la prise en charge de la tuberculose, en particulier les tuberculoses multi résistantes, ne sont pas suffisantes pour prévenir la transmission de l'infection.

Prisonniers

Des études ont montré que la prévalence de la tuberculose parmi les prisonniers est à peu près 10 fois la prévalence parmi la population soit 280/100,000 prisonniers. Le personnel de santé des prisons n'est pas bien formé pour le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, et les services médicaux des prisons ne sont pas adéquatement supervisés par le programme. En plus, il n'existe pas un bon système de coordination entre les services médicaux des prisons et le programme national de lutte contre la tuberculose pour un bon suivi des malades après leur sortie des prisons.

TB/VIH

Le programme de lutte contre la tuberculose et le programme de lutte contre le VIH/SIDA ont peu collaboré jusqu'à présent et il est nécessaire d'adopter des éléments de la politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH mise en place par l'OMS pour combattre la co-infection. Même si le VIH ne pose pas de problèmes épidémiologiques en Tunisie il est pertinent de prendre toutes les dispositions nécessaires compte tenu du fait que l'interaction entre la tuberculose et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a des effets dévastateurs. En effet la tuberculose est la première cause de mortalité chez les personnes porteuses du VIH, tandis que l'infection à VIH constitue le facteur de risque le plus important pour qu'une infection tuberculeuse latente se transforme en tuberculose maladie.

Tuberculose due au M bovis

Le problème de la tuberculose due au mycobactérium bovis évoqué dans l'analyse de la situation est un des facteurs principaux expliquant ce phénomène. Des actions efficaces contre l'infection par le mycobactérium bovis doivent être entreprises tout en procédant à une analyse approfondie des déterminants de la maladie à la recherche d'autres causes.

Système de santé

L'étude PAL qui a eu lieu en 2004 a montré que 1.1% des consultants respiratoires des centres de santé de base sont des suspects de la tuberculose. Comme environ 30% des consultants de ces centres sont des consultants respiratoires, il est estimé que 0.3% des consultants de ces centres sont des

suspects de la tuberculose. Cependant, plusieurs cas ne sont pas détectés dans ces centres parce que les médecins ne soupçonnent pas la maladie et ne demandent pas le diagnostic nécessaire. L'étude PAL a montré une amélioration significative de la détection des suspects par les médecins des CSB entre l'étude de base et l'étude d'impact.

La mise en œuvre du PAL devait être réalisée dès 2004 après l'étude de la faisabilité, et le programme a demandé des fonds pour ses activités, mais l'état n'a pas pu les fournir comme l'indique le rapport annuel soumis à l'OMS en 2008. La mise en œuvre du PAL est de nature à réduire le retard au diagnostic des cas, ce qui, par conséquent, réduira la transmission de l'infection et l'incidence de la maladie dans le pays.

Certaines régions sont endémiques notamment celles où il existe des grandes villes (Bizerte, Tunis, Ariana) et certaines zones éloignées présentent une performance sous optimale. Des actions de ciblage sont nécessaires dans ces régions.

Système de surveillance épidémiologique, suivi-évaluation et mesure de l'impact

Le système de surveillance épidémiologique de la tuberculose souffre de certaines insuffisances au niveau de la gestion des données collectées, liées à la non utilisation d'un système global intégré de gestion des données. Il existe un système de surveillance intégré de toutes les maladies transmissibles à déclaration obligatoire (MDO). Comme ce système ne permet pas de fournir tous les indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation du programme national, il a été complété par le système de rapports trimestriels à partir du registre de l'unité de gestion de base de lutte antituberculeuse à l'échelle du gouvernorat. Cependant il n'existe pas actuellement une intégration parfaite des deux systèmes. Par ailleurs, il n'existe pas de système d'assurance de la qualité des données.

La meilleure réponse à ces lacunes est l'extension de l'informatisation existante du système d'information afin d'obtenir une base de données nominale au niveau central.

Il existe aussi un manque d'effectif et de formation du personnel. Le nombre de personnel au niveau de l'unité centrale du programme n'est pas suffisant pour le suivi et l'évaluation et la supervision des activités du programme. Cette situation entrave une gestion adéquate du programme.

Le taux de détection élevé est en majeure partie due au fait que les médicaments anti-tuberculeux existent seulement dans les centres du PNLT, ce qui fait que les médecins d'autres secteurs réfèrent leurs patients pour être traités par les services du PNLT. Au vu de cette situation, le taux d'incidence fourni par le système de surveillance peut être utilisé pour mesurer l'impact au lieu d'utiliser les estimations de l'OMS et une revue du système de surveillance aura lieu pour certifier le système après son renforcement.

Le système de recueil des données mis en place en 1997 doit être révisé pour inclure les nouvelles composantes de la stratégie Halte à la Tuberculose introduites par le programme.

Les activités de supervision n'ont pas été régulières en raison du manque en ressources humaines et en moyens logistiques et financiers mis à la disposition du programme.

La sensibilisation au problème de la tuberculose et les activités de plaidoyer par la mobilisation sociale ont été une des faiblesses du programme national en raison du stigma entourant l'évocation de cette maladie dans les médias. Des actions de sensibilisation et de communication sont nécessaires pour inciter les politiques à mettre la tuberculose à l'ordre du jour. Des 2008, l'état a pu financer les activités de plaidoyer par la mobilisation social selon le plan stratégique 2007-2011.

Pour assurer un engagement politique soutenu et durable, assurer une mobilisation des fonds nécessaires pour une lutte antituberculeuse optimale et faire bénéficier le programme de l'appui technique nécessaire, la mise en place d'un partenariat Halte à la tuberculose est nécessaire au niveau national et devra être étendu au niveau régional. Il est indispensable de renforcer les stratégies de communication pour sensibiliser l'opinion publique à la tuberculose et mieux faire connaître les services antituberculeux existants et combattre la stigmatisation.

La recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle vise en majeure partie à trouver des solutions pour améliorer la gestion du programme et réduire la transmission de l'infection. Faute de fonds, le PNLT n'a pas pu réaliser des activités de recherche selon la stratégie halte à la tuberculose.

En raison du manque de moyens financiers, des activités de recherche opérationnelles pertinentes n'ont pas pu être réalisées. Il est nécessaire d'entreprendre des activités de recherche opérationnelle afin de définir les meilleurs moyens de mettre en oeuvre les interventions et de mesurer leur impact et d'améliorer la performance du programme. Parmi les études nécessaires il convient de mentionner celles qui doivent porter sur les moyens organisationnels à mettre en place pour réduire le nombre de perdus de vue au traitement et le nombre de cas incidents de tuberculose multi résistante dans la région de Bizerte. Une action de recherche opérationnelle pour résoudre le problème posé par la tuberculose dans les zones défavorisées et dans les grandes villes (Ariana, Tunis, Nabeul, Bizerte, Sfax, Sousse) est aussi nécessaire : ceci permettra d'adapter, d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies spéciales de lutte antituberculeuse dans ces zones

Secteurs parapublic et privé

Le secteur privé qui est en pleine expansion et qui est responsable de la détection d'un grand pourcentage des cas de tuberculose n'est pas suffisamment touché par les activités du programme. Il en est de même des principaux segments du secteur para public des soins de santé, comme les services de sécurité sociale ou les services sanitaires de l'armée.

4. LES PRINCIPALES AIRES PRIORITAIRES D'INTERVENTION

Les principales aires prioritaires d'intervention découlent des lacunes décrites ci-dessus :

- Le renforcement de la stratégie DOTS, en améliorant l'accessibilité au diagnostic et au traitement, particulièrement le renforcement du réseau de laboratoires, de la gestion des médicaments et du système de suivi évaluation
- L'amélioration du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose multi-résistante et des populations à haut risque
- La prévention et prise en charge des co-infections TB/VIH
- Le renforcement de l'implication du système de santé dans les activités relevant de la lutte antituberculeuse, notamment dans le domaine de la détection des cas et de la prise en charge à travers la mise en oeuvre de l'Approche pratique de la santé respiratoire (APSR ou PAL) au niveau des centres de santé de base
- La sensibilisation au problème de la tuberculose et les activités de plaidoyer par la mobilisation sociale
- Le développement la recherche dans le domaine de la lutte antituberculeuse

5. VISION

Une Tunisie sans tuberculose

6. MISSION

La mission du Programme National de Lutte antituberculeuse est de:

- veiller à ce que toutes les personnes atteintes de tuberculose aient accès à un diagnostic et à un traitement efficaces pour guérir ;
- rompre la chaîne de transmission de la tuberculose ;
- réduire la fardeau social et économique de la tuberculose ;

7. BUT

Réduire significativement le fardeau de la tuberculose en conformité avec les OMD comme première étape pour que d'ici 2050 la tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique avec une incidence inférieure à 1 pour 1 million d'habitants.

8. OBJECTIFS GENERAUX

Réduire l'incidence de la maladie – conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement – et atteindre les objectifs du Partenariat Halte à la Tuberculose pour 2015, à savoir réduire de moitié la prévalence et la mortalité de la tuberculose par rapport aux valeurs de référence de 1990.

9. OBJECTIFS SPECIFIQUES ET STRATEGIES

OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Poursuivre l'extension et le renforcement d'une stratégie DOTS de qualité

STRATEGIE 1.1 : Assurer l'engagement politique avec un financement augmenté et pérenne.

La priorité la plus élevée doit être accordée à la tuberculose dans les programmes de santé et de développement du gouvernement.

Intervention 1.1.1 Maintenir le principe de la gratuité des actes relatifs au dépistage et au traitement.

Activité 1.1.1.1 : Rappeler par des circulaires ministérielles annuelles le principe de la gratuité des actes relatifs au dépistage et au traitement en faisant référence aux textes de loi en vigueur.

Intervention 1.1.2 Mettre en place un partenariat Halte à la tuberculose au niveau national et l'étendre au niveau régional pour assurer un engagement politique soutenu et durable, assurer une mobilisation des fonds nécessaires pour une lutte antituberculeuse optimale et faire bénéficier le programme de l'appui technique nécessaire.

Activité 1.1.2.1 : Organiser des séminaires nationaux pour la mise en place d'un partenariat national.

Activité 1.1.2.2 : Organiser des séminaires nationaux et régionaux pour la mise en place de partenariats régionaux.

STRATEGIE 1.2 Assurer un dépistage des cas par un examen bactériologique de qualité avérée.

Intervention 1.2.1 renforcer les moyens d'assurance de la qualité pour la microscopie, les cultures et les tests de sensibilité aux médicaments.

Activité 1.2.1.1 Désigner officiellement le laboratoire de l'hôpital de pneumophthisiologie de l'Ariana comme laboratoire national de référence qui pourra assurer en collaboration avec les laboratoires intermédiaires :

- * Le contrôle de qualité

- * La formation des techniciens

- * La supervision des activités des laboratoires périphériques

- * La surveillance de la résistance en relation avec le réseau supranational du projet OMS/UICTMR

Activité 1.2.1.2 Désigner officiellement le laboratoire d'hygiène de Sfax et le laboratoire de santé publique de Sousse comme laboratoires intermédiaires de la lutte antituberculeuse.

Activité 1.2.1.3 Intégrer les activités des laboratoires périphériques de bacilloscopies dans les laboratoires de circonscription avec maintien des laboratoires des DAT.

Activité 1.2.1.4 décentraliser le contrôle de qualité des examens microscopiques actuellement en vigueur

Ainsi le laboratoire de l'Ariana couvrira le nord, le laboratoire de Sousse couvrira le centre et le laboratoire de Sfax couvrira le sud

Activité 1.2.1.5 Réviser le système d'assurance de la qualité en conformité avec le nouveau système de l'OMS.

Activité 1.2.1.6 Assurer la formation des techniciens de laboratoire et des microscopistes sur le système d'assurance de la qualité.

Activité 1.2.1.7 Assurer le contrôle de qualité et la maintenance des microscopes et la standardisation des réactifs et des milieux de culture préparés localement.

Intervention 1.2.2 Renforcer les activités de supervision du réseau de laboratoires

Activité 1.2.2.1 impliquer le Laboratoire National de Référence dans le développement d'une stratégie nationale à cet effet et la conduite de la supervision des laboratoires intermédiaires.

Activité 1.2.2.2 Impliquer les biologistes régionaux ou à défaut les bacilloscopistes des DAT dans la supervision des activités de laboratoire au niveau régional.

Intervention 1.2.3 Généraliser la pratique de la culture

Activité 1.2.3.1 Assurer l'extension des laboratoires de culture, au niveau des régions

STRATEGIE 1.3 : Renforcer la gestion des médicaments pour améliorer l'accessibilité des patients au traitement

Intervention 1.3.1 Améliorer les compétences en matière de gestion des médicaments

Activité 1.3.1.1 Formation du personnel en matière de gestion des médicaments.

Activité 1.3.1.2 Visites de supervision pour la gestion des médicaments

Intervention 1.3.2 Introduire un system d'information pour la gestion des médicaments (DMIS). Cela sera intégré dans le système de S&E

Intervention 1.3.3 Assurer un approvisionnement en médicaments antituberculeux à travers le GDF en vue de disposer de médicaments de qualité à des prix réduits et de faciliter la gestion médicamenteuse tout en facilitant l'administration du traitement tant pour le patient que pour le personnel de santé

STRATEGIE 1.5 Renforcer le système de suivi et d'évaluation et la mesure de l'impact

Intervention 1.5.1 Renforcer la supervision.

Activité 1.5.1.1 Maintenir et renforcer la supervision décentralisée telle qu'elle est effectuée dans le cadre de la supervision intégrée des programmes sanitaires.

Activité 1.5.1.2 Elaborer un guide technique de la supervision des activités du PNLAT.

Intervention 1.5.2 Réviser le système de recueil des données en ligne avec le nouveau système de recueil de données de l'OMS.

Activité 1.5.2.1 Elaborer les différents supports de recueil de données.

Activité 1.5.2.2 Former les agents de santé à l'utilisation des supports de recueil de données.

Activité 1.5.2.3 Imprimer les supports de recueil de données.

Intervention 1.5.3 Informatiser le système de recueil de données en étendant le système déjà mis en place dans le projet EMPHIS.

Activité 1.5.3.1 Assistance technique pour la mise en place du système.

Activité 1.5.3.2 Former les agents de santé à l'utilisation du système.

Activité 1.5.3.3 Doter les régions du matériel informatique nécessaire.

Intervention 1.5.4 Analyser les causes de la stagnation de la situation épidémiologique.

Activité 1.5.4.1 Procéder à une analyse épidémiologique au niveau national et par région en étudiant l'évolution de la situation épidémiologique selon l'âge et le sexe et dans des groupes particuliers.

OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : LUTTER CONTRE LA CO-INFECTIION TB-VIH, CONTRE LA TB-MR ET S'ATTAQUER À D'AUTRES DÉFIS

STRATEGIE 2.1 : Mettre en place des activités de collaboration TBC/VIH

Intervention 2.1.1. Mettre en place des mécanismes de collaboration

Activité 2.1.1.1 Mettre en place un groupe de travail appartenant aux deux programmes chargé de la coordination des activités de lutte contre la co-infection TB/VIH, de la surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose, et de la planification, du suivi et de l'évaluation concertés des activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH.

Activité 2.1.1.2 Planifier conjointement entre les deux programmes spécifiques les activités de collaboration TB/VIH à mener au niveau national.

Intervention 2.1.2. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose et alléger la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS)

Activité 2.1.2.1. Elaborer une stratégie de dépistage intensif permettant une détection plus précoce de la tuberculose-maladie et la mise des patients co-infectés sous traitement préventif à l'isoniazide

Activité 2.1.2.1. Mettre en place des actions de lutte contre l'infection tuberculeuse dans les milieux de soins et les collectivités fermées

Intervention 2.1.3. Alléger la charge du VIH chez les patients atteints de tuberculose

Activité 2.1.3.1. offrir aux personnes exposées au risque d'une infection par le VIH la possibilité, si elles le souhaitent, de bénéficier d'un soutien psychologique et d'un test de dépistage, en mettant en place une prévention du VIH et une thérapie préventive par le cotrimoxazole, un soutien et des soins pour lutter contre le VIH/SIDA, et en adoptant un traitement antirétroviral [en privilégiant les groupes à haut risque pour le VIH et pour la tuberculose, par exemple les toxicomanes qui

s'injectent de la drogue, les travailleurs du sexe, les personnes hébergées dans des établissements collectifs]

- **Intervention 2.1.4.** Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux en menant une enquête de séroprévalence (périodique ou sentinelle) pour évaluer la situation en vue d'évaluer et de contrôler la charge de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux.

STRATEGIE 2.2 : Prévention et lutte contre la tuberculose résistante

- **Intervention 2.2.1** mettre en place un système de surveillance de la résistance aux antituberculeux selon le protocole de l'OMS.

Activité 2.2.1.1. Adapter le protocole et les fiches d'enquête déjà existants

Activité 2.2.1.2. Mener une enquête nationale

Activité 2.2.1.2. Mettre en place un système de surveillance national 4 mois par an à partir de 2011

- **Intervention 2.2.2** Mettre en place des mesures de lutte contre l'infection.

Activité 2.2.2.1. Aménagement des services d'hospitalisation pour MDR-TB dans 3 centres, Nord, Centre et Sud du pays

Activité 2.2.2.2. Formation du personnel sur les mesures de lutte contre l'infection

Activité 2.2.2.3. Acquisition de masques de protection du personnel et de masques chirurgicaux pour les malades

- **Intervention 2.2.2** améliorer le traitement de la tuberculose multirésistante selon les lignes directrices de l'OMS en renforçant le projet DOTS plus appliqué actuellement par la mise en œuvre des recommandations de la mission de l'OMS.

Activité 2.2.2.1. Finaliser le système de recueil de données existant et l'appliquer

Activité 2.2.2.2. Formation des médecins et du personnel paramédical sur la prise en charge des cas de tuberculose multi résistante.

Activité 2.2.2.3. Coordonner avec la pharmacie centrale l'approvisionnement régulier en médicaments de deuxième ligne.

STRATEGIE 2.2 : Lutter contre la tuberculose chez les groupes à risque et les contacts

- **Intervention 2.2.3** Réviser la politique de dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque.

Activité 2.2.3.1. Élaborer un document sur le dépistage de la tuberculose dans les groupes à risque en favorisant le screening basé sur la recherche de symptômes

tuberculeux et en abandonnant le dépistage radiologique systématique en particulier chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA

- **Intervention 2.2.4** Réviser la politique de dépistage de la tuberculose chez les contacts.

Activité 2.2.4.1. Mettre à jour le guide du dépistage de la tuberculose chez les contacts

STRATÉGIE 2.3 Améliorer le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les prisonniers :

- **Intervention 2.3.1** Formation du personnel de santé des prisons sur le dépistage et la prise en charge de l'infection et maladie chez les prisonniers ainsi que la sensibilisation des prisonniers.
- **Intervention 2.3.2** Amélioration du système de suivi pour les prisonniers après sortie de prison.
- **Intervention 2.3.3** Supervision des activités de dépistage et de prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral.

STRATÉGIE 2.4 Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la maladie chez le personnel de santé exposé:

- **Intervention 2.4.1** Mesures de lutte contre l'infection chez le personnel de santé exposé

Activité 2.2.4.1. Aménagement des locaux pour avoir un système de ventilation avec pression négative

Activité 2.2.4.2. Acquisition de masques (N95) pour le personnel de santé le plus exposé à l'infection pour 100 personnes qui travaillent dans le domaine de la bronchoscopie et la prise en charge des MDR-TB.

Activité 2.2.4.3. Formation du personnel exposé sur la lutte contre l'infection.

OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : contribuer au renforcement du système de santé

STRATEGIE 3.1 : Participation active aux efforts pour améliorer les ressources humaines

Intervention 3.1.1. Assurer l'information, la sensibilisation et la formation du personnel médical et para-médical sur toutes les composantes du programme

Activité 2.1.1.1 Mettre à jour le guide technique du programme en fonction des nouvelles politiques adoptées par le programme national.

Activité 2.1.1.2 Elaborer un module de formation sur le Programme National.

Activité 2.1.1.3 Organiser des séminaires de formation des formateurs nationaux.

Activité 2.1.1.4 Organiser des séminaires de formation interrégionaux des formateurs régionaux.

Activité 2.1.1.5 Organiser des séminaires de formation régionaux.

Activité 2.1.1.6 Organiser des séminaires d'information et de sensibilisation sur le programme national.

STRATEGIE 3.2 : Généraliser l'approche pratique santé respiratoire (PAL)

Intervention 3.2.1. Généraliser l'approche pratique santé respiratoire (PAL) à tout le pays conformément au plan de généralisation qui a été élaboré à cet effet

OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : engager tous les prestataires de soins

STRATEGIE 4.1 : Mettre en place des approches public/privé et public/public

Intervention 4.1.1. Mettre en place des approches public/privé

Activité 4.1.1.1 Mettre en place un comité PPM (Public Private Mix).

Activité 4.1.1.2 Elaborer des directives PPM.

Activité 4.1.1.3 Distribuer le guide technique du programme aux praticiens du secteur privé.

Activité 4.1.1.4 Organiser des séminaires régionaux de sensibilisation des médecins de libre pratique en collaboration avec leur syndicat.

Intervention 4.1.2. Mettre en place des approches public/public

Activité 4.1.1.1 Mettre en place un comité PPM (Public Public Mix).

Activité 4.1.1.2 Elaborer des directives PPM.

Activité 4.1.1.3 Distribuer le guide technique du programme aux praticiens du secteur parapublic.

Activité 4.1.1.4 Faire participer les médecins du secteur parapublic aux séances de formation.

Intervention 4.1.3. Renforcer la collaboration entre les CHU et les services de santé publique en vue de l'application coordonnée du PNLAT

Activité 4.1.3.1 Distribuer le guide technique du programme aux praticiens du secteur parapublic et du secteur universitaire.

Activité 4.1.3.2 Elaborer un système de fiches de liaison entre le secteur hospitalier et les services des soins de santé de base pour un meilleur suivi des patients à leur sortie de l'hôpital.

STRATEGIE 4.2 : Promouvoir les normes internationales de soins antituberculeux

Intervention 4.2.1. Diffuser les normes internationales de soins antituberculeux

Activité 4.2.1.1 Organiser un séminaire national sur les normes internationales de soins antituberculeux .

Activité 4.2.1.2 Envoyer le document sur les normes internationales de soins antituberculeux aux concernés.

OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : habiliter les patients et la communauté

STRATEGIE 5.1 : Participation de la communauté aux soins antituberculeux

Intervention 5.1.1. Mettre en place des programmes DOTS communautaires dans certaines zones rurales en s'inspirant du modèle mis en place dans le cadre de la stratégie PCIME (IMCI)

Activité 5.1.1.1 Mettre à jour le guide des relais de communication

Activité 5.1.1.2 Identifier et former des représentants de la communauté sur les messages éducatifs essentiels

Activité 5.1.1.3 Elaborer et mettre en œuvre un plan de mise en œuvre des activités communautaires sur le terrain.

STRATEGIE 5.2 : Mettre en place des actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale

Intervention 5.2.1. Mettre en place des programmes de communication et de sensibilisation

Activité 5.2.1.1 Continuer à diffuser les affiches sur le DOTS et sur le danger de l'ingestion de produits laitiers non pasteurisés ainsi que les dépliants.

Activité 5.2.1.1 Intensifier la diffusion de messages éducatifs à la radio et à la télévision.

Intervention 5.2.2. Mettre en place un partenariat Halte à la tuberculose au niveau national et l'étendre au niveau régional

OBJECTIF SPECIFIQUE 6 : FAVORISER ET PROMOUVOIR LA RECHERCHE

STRATEGIE 6.1 : Entreprendre des actions de recherche opérationnelle centrée sur le programme national

Intervention 6.1.1. Recherche opérationnelle pour résoudre le problème posé par la tuberculose causée par le mycobactérium bovis

Activité 6.2.1.1 étude de la place du mycobactérium bovis dans la tuberculose humaine dans les régions présentant une proportion anormalement élevée de tuberculose ganglionnaire.

Intervention 6.1.2. Recherche opérationnelle pour résoudre le problème posé par la résistance aux médicaments dans la région de Bizerte

Activité 6.1.2.1 étude sur les moyens organisationnels à mettre en place pour réduire le nombre de perdus de vue au traitement et le nombre de cas incidents de tuberculose multi résistante (comment améliorer l'accès à un diagnostic fiable et à des traitements efficaces grâce à la stratégie DOTS, et comment adapter cette stratégie pour faire face à ces problèmes).

Intervention 6.1.3. Recherche opérationnelle pour résoudre le problème posé par la tuberculose dans les zones défavorisées et dans les grandes villes (Ariana, Tunis, Nabeul, Bizerte, Sfax, Sousse) : ceci

Activité 6.1.3.1 étude multicentrique en vue d'adapter, d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies spéciales de lutte antituberculeuse dans ces zones