

**Les premiers pas:  
L'assistance alimentaire du PAM  
dans le contexte des soins et du traitement  
de la tuberculose**



OCTOBRE 2007



**Programme  
Alimentaire  
Mondial**

## Remerciements

Cette publication a été mise au point par le Service VIH/sida qui fait partie de la Division des stratégies, des politiques et de l'appui aux programmes. C'est Robin Jackson, Chef du Service VIH/sida, qui a constaté la nécessité de cette publication et l'a rendue possible. Le texte a été rédigé par le Dr Marieme Ba, Spécialiste de la santé et consultante auprès du Service VIH/sida avec le concours et les contributions judicieuses du Professeur Anne Strauss, Conseillère technique principale du Service VIH/sida. Nous tenons à adresser des remerciements particuliers à Robin Landis, Conseiller technique auprès du Service VIH/sida qui a donné les orientations initiales puis revu le texte, au Dr Leopold Blanc, Coordonnateur de la Stratégie de lutte contre la tuberculose à l'OMS, qui a formulé des commentaires très intéressants et à Susanne Carai, du Service VIH/sida qui a revu ce document après avoir participé à sa préparation.

Le personnel des bureaux de pays du PAM a apporté de précieux concours. Il s'agissait des fonctionnaires de référence des bureaux de pays où des visites ont été effectuées en vue d'études de cas: Magdalena Moshi et Adam Weimer (Lesotho), Rukia Yacoub (Soudan), Fanny Yago-Wienne et Kerren Hedlund (Burkina Faso), ainsi que de toutes les personnes qui ont répondu au questionnaire relatif à la tuberculose. Nous tenons également à remercier Gaurab Tewari et Saïd Warsame de leur contribution.



# Table des matières

<b>Sigles</b> .....	2
<b>Définitions de termes clés</b> .....	3
<b>Introduction</b> .....	5
<b>Chapitre 1. Généralités</b> .....	6
Qu'est-ce que la tuberculose? .....	6
Comment traiter la tuberculose? .....	7
Comment la lutte contre la tuberculose est organisée? .....	8
Quel est le rapport existant entre la tuberculose et l'infection au VIH? .....	9
Comment conjuguer la lutte contre la tuberculose et la lutte contre le VIH? .....	10
Quelle charge économique et sociale représente la tuberculose? .....	10
Quel rapport existe-t-il entre la tuberculose et la malnutrition? .....	11
Pourquoi est-il important que le PAM participe aux programmes de lutte contre la tuberculose? .....	11
Quels sont les objectifs de l'assistance alimentaire du PAM dans le cadre des programmes de soins et de traitement de la tuberculose? .....	13
Quels sont les partenaires du PAM dans la lutte contre la tuberculose? .....	14
<b>Chapitre 2. Orientations techniques</b> .....	16
Qui doit recevoir des vivres (choix des bénéficiaires de l'aide alimentaire)? .....	16
Quelles zones géographiques les programmes devraient-ils viser? .....	18
Quels sont les besoins nutritionnels des patients tuberculeux à prendre en compte pour déterminer l'assortiment alimentaire? .....	18
Quel devrait être le volume de l'aide alimentaire distribué? .....	19
Pendant combien de temps l'aide alimentaire doit-elle être fournie? .....	19
Quel genre d'indicateurs faut-il utiliser pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'assistance alimentaire du PAM? .....	20
<b>Chapitre 3. Passer à l'action</b> .....	23
Mesures préliminaires .....	23
Questions essentielles à poser aux partenaires potentiels (gouvernements, organismes des Nations Unies, ONG, organisations à base communautaire et hôpitaux).....	26
<b>Bibliographie</b> .....	29

# Sigles

<b>ACDI</b>	Agence canadienne de développement international
<b>BCG</b>	Bacille de Calmette et Guérin
<b>CDC</b>	United States Centers for Disease Control and Prevention
<b>CENAT</b>	Centre national de lutte contre la tuberculose (Cambodge)
<b>DOTS</b>	traitement de brève durée sous surveillance directe
<b>IEC</b>	information, éducation et communication
<b>JICA</b>	Japan International Cooperation Agency
<b>KNCV</b>	Centre royal néerlandais pour la lutte contre la tuberculose
<b>OMD</b>	objectif du Millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	organisation non gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>PAM</b>	Programme alimentaire mondial
<b>sida</b>	syndrome d'immunodéficience acquise
<b>stratégie DOTS</b>	Stratégie recommandée par l'OMS pour la lutte contre la tuberculose, qui est aujourd'hui au coeur de la stratégie Halte à la tuberculose
<b>USAID</b>	Agency for International Development
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine

# Définition de termes clés<sup>1</sup>

**Incidence:** nombre de nouveaux cas observés dans une population pendant une période déterminée, habituellement une année.

**Prévalence:** nombre de cas (nouveaux et existants) présents à un moment donné dans une population.

**Frottis d'expectoration:** produit d'expectoration étalé sur une lame de microscope.

**Frottis d'expectoration positif:** présence du bacille tuberculeux dans l'échantillon.

**Frottis d'expectoration négatif:** pas de bacille tuberculeux après examen d'un nombre suffisant d'échantillons (généralement trois).

**Tuberculose confirmée bactériologiquement:** bacille tuberculeux trouvé soit sur le frottis, soit après culture.

**Cas de tuberculose:** tuberculose confirmée bactériologiquement ou diagnostiquée sur des critères cliniques.

## CATÉGORIES DE PATIENTS POUR L'ENREGISTREMENT LORS DU DIAGNOSTIC

**Nouveau cas:** patient n'ayant jamais reçu de traitement antituberculeux ou ayant pris des médicaments antituberculeux pendant moins d'un mois.

**Rechute:** patient précédemment traité pour une tuberculose et déclaré guéri ou ayant achevé son traitement et de nouveau diagnostiqué positif (frottis d'expectoration ou culture).

**Échec:** frottis d'expectoration positif après 5 mois ou plus de traitement (ou après 2 mois si le frottis était négatif).

**Reprise du traitement après interruption:** reprise du traitement après interruption de deux mois ou plus.

## DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTS RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES PATIENTS TUBERCULEUX À FROTTIS POSITIF

**Patient guéri:** patient dont le frottis était initialement positif et qui a un frottis négatif au cours du dernier mois de traitement et au moins à une autre occasion précédente.

**Patient ayant terminé le traitement:** patient qui a terminé son traitement mais qui ne satisfait pas aux critères pour être classé "patient guéri" ou "patient en échec".

**Patient traité avec succès:** patient "guéri" ou "ayant terminé le traitement".

**Patient en échec:** patient dont le frottis était initialement positif et qui reste positif après 5 mois ou plus de traitement.

**Patient décédé:** patient qui décède en cours de traitement, quelle qu'en soit la cause.

**Patient perdu de vue:** patient dont le traitement a été interrompu pendant 2 mois consécutifs ou plus.

## INDICATEURS ÉVALUANT LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT

**Taux de guérison:** nombre de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif guéris dans une période donnée/total des cas de frottis positifs enregistrés dans la même période.

**Taux de succès thérapeutique:** nombre de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif guéris dans une période donnée + nombre de traitements terminés/total des cas de frottis positif enregistrés dans la période.

**Taux de détection:** ratio entre le nombre annuel de cas de frottis positif notifiés et le nombre de nouveaux cas de frottis positif estimés pour cette même année.

---

1 OMS, *Toman's Tuberculosis: Case detection, Treatment and Monitoring, Questions and Answers*, deuxième édition, 2004.



# Les premiers pas: L'assistance alimentaire du PAM dans le contexte des soins et du traitement de la tuberculose

## Introduction

Il y a un siècle, la tuberculose était la maladie infectieuse qui causait le plus grand nombre de décès dans le monde, parce qu'il n'existait pas de traitement. Aujourd'hui, c'est encore une des principales causes de mortalité liée à une maladie infectieuse chez les adolescents et les adultes, bien qu'elle puisse être prévenue et guérie. En raison du lien étroit qui existe entre la tuberculose et le VIH/sida, la situation ne cesse de s'aggraver dans les régions à prévalence élevée de VIH. De nombreux partenaires se sont rassemblés pour lutter contre la tuberculose<sup>2</sup>, en appliquant de plus en plus largement la stratégie DOTS<sup>3</sup> (Stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe) qui représente un grand pas en avant.

Afin d'améliorer encore les résultats, de nombreux programmes de lutte contre la tuberculose ont adopté la stratégie Halte à la tuberculose<sup>4</sup>. L'aide alimentaire dont le PAM est le principal fournisseur est l'instrument d'incitation/encouragement<sup>5</sup> le plus fréquemment utilisé à l'appui de cette stratégie.

Le présent document est destiné, d'une part, à offrir des indications et des suggestions aux bureaux de pays qui s'occupent déjà d'assistance alimentaire liée à des programmes de lutte contre la tuberculose et, d'autre part, à aider les bureaux qui n'exécutent pas encore de programmes de ce genre à décider s'ils doivent commencer à le faire. Il propose également des réponses aux questions essentielles concernant la tuberculose ainsi que des orientations techniques sur les questions clés, comme le droit à l'assistance alimentaire, le ciblage géographique, les rations optimales, les divers types d'assortiment alimentaire utilisés et le volume et la durée de l'assistance alimentaire. Des programmes liés à la tuberculose en cours d'exécution dans différents pays sont également présentés à titre d'exemples de l'utilisation de l'assistance alimentaire du PAM à l'appui de ce genre de programmes. Le document est aussi conçu pour jumeler les activités du PAM liées à la tuberculose et celles liées au sida.

Le document a été mis au point en trois étapes: un examen de la documentation existante, une analyse des réponses à un questionnaire adressé aux bureaux de pays qui exécutent une activité liée à la tuberculose et, enfin, des visites sur le terrain au Burkina Faso, au Lesotho et au Soudan.

---

2 Dans la présente publication, le terme "tuberculose" désigne la tuberculose active.

3 Voir page 7.

4 Voir encadré 4, page 8.

5 Voir encadré 3, page 8.

# Chapitre 1. Généralités

## Qu'est-ce que la tuberculose?

La tuberculose est une maladie infectieuse qui peut entraîner la mort si elle n'est pas traitée. Elle touche principalement l'appareil respiratoire, en affectant les poumons (tuberculose pulmonaire) et est alors transmise par la toux et les éternuements, mais elle peut aussi toucher d'autres parties du corps comme la plèvre<sup>6</sup>, les ganglions lymphatiques, l'abdomen, l'appareil génito-urinaire, la peau, les méninges<sup>7</sup>, les os et les articulations (tuberculose extra pulmonaire). La bactérie *Mycobacterium tuberculosis* est le principal agent étiologique de la maladie chez les humains. La tuberculose peut aussi être causée moins fréquemment – par la bactérie *Mycobacterium bovis* ou *Mycobacterium africanum*; cette dernière est présente surtout chez les malades vivant en Afrique.

Aujourd'hui, la tuberculose est un des problèmes de santé publique les plus importants du monde. Après avoir diminué pendant des années, le nombre de patients atteints a recommencé à augmenter depuis les années 90, et le nombre total de cas est plus élevé actuellement qu'il ne l'a jamais été dans l'histoire de l'humanité; la maladie provoque près de deux millions de décès par an. Le tiers de la population mondiale est atteint de tuberculose latente (les personnes abritent la bactérie mais sans présenter de symptômes) et environ neuf millions de personnes contractent la tuberculose active (la bactérie se répand dans le corps) par an. En outre, la tuberculose est étroitement liée à la contamination par le VIH, chaque maladie accélérant la progression de l'autre.

### Encadré 1. Faits et chiffres (données de 2005)<sup>8</sup>

- **2 milliards de personnes**, soit le tiers de la population mondiale, sont contaminées par les bacilles qui provoquent la tuberculose.
- En 2005, on estime que **8,8 millions** de nouveaux cas de tuberculose sont apparus.
- Au total, **1,6 million** de personnes sont mortes de tuberculose.
- **195 000** cas de tuberculose étaient associés à la présence du VIH.
- **97 pour cent** des cas de tuberculose **n'étaient pas** associés à la présence du VIH.

La pauvreté, la malnutrition, les mauvaises conditions de vie (promiscuité et hygiène insuffisante) et le manque de services de santé de base favorisent la diffusion de la tuberculose et accroissent les probabilités de contamination et d'apparition d'une forme active de la maladie. Le dépistage et le traitement précoces sont essentiels pour interrompre la chaîne de transmission de la tuberculose.

De toute évidence, la tuberculose pose un problème mondial qui exige une action efficace. Les Nations Unies ont fait de la lutte contre cette maladie une des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

6 Membranes (2) qui revêtent intérieurement le thorax et enveloppent les poumons.

7 Membranes (3) qui revêtent intérieurement le crâne et le canal médullaire et enveloppent le cerveau et la moelle épinière.

8 OMS, *Lutte contre la tuberculose, surveillance, planification, financement*, 2007.

## Encadré 2. Objectif 6 du Millénaire pour le développement

### Lutter contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

- Arrêter l'avance du VIH/sida et commencer à inverser la tendance
- Arrêter l'accroissement de l'incidence du paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance

## Comment traiter la tuberculose?

Depuis dix ans, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'adoption de la Stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (stratégie DOTS) pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

Cette stratégie<sup>9</sup> comprend cinq composantes:

- Volonté politique accompagnée d'une augmentation et d'une pérennisation des financements
- Dépistage des cas grâce à des examens bactériologiques de qualité assurée
- Traitement normalisé avec surveillance et soutien des patients
- Système efficace de fourniture de médicaments et de gestion
- Système de suivi et d'évaluation et mesure de l'impact

L'efficacité de la stratégie DOTS dans la lutte contre la tuberculose est prouvée: après le dépistage des patients au moyen d'examens bactériologiques de qualité assurée, des agents de santé ou des volontaires qualifiés des communautés veillent à ce que les patients prennent les médicaments requis pendant toute la durée de traitement prévue. L'un des principes de base de la stratégie est que les médicaments doivent être constamment disponibles et gratuits de façon à réduire les difficultés financières que rencontrent les patients pendant la thérapie de longue durée.

Les schémas thérapeutiques visent à guérir les malades, réduire au minimum les rechutes, prévenir l'apparition et la diffusion d'organismes pharmacorésistants et protéger la communauté de la transmission de la maladie. L'OMS recommande un schéma de traitement de six mois sous surveillance constante. Il existe aussi un traitement de huit mois qui n'a besoin de surveillance que pendant la phase initiale.

Les deux schémas se composent de deux phases: une phase intensive initiale qui aboutit au passage de frottis d'expectorations positifs à des frottis négatifs, chez 80-90 pour cent des malades au bout de deux ou trois mois de traitement, puis une phase de consolidation qui dure de quatre à six mois suivant le schéma appliqué. Ces deux types de traitement enregistrent un taux de réussite de 85-95 pour cent. Ils sont généralement bien tolérés mais peuvent avoir des effets secondaires négatifs: irritation de la peau, réactions gastro-intestinales comme les nausées, les vomissements et les douleurs abdominales, neuropathies périphériques (atteinte aux nerfs du système périphérique, c'est-à-dire à l'extérieur du cerveau et de la moelle épinière) et hépatite.

---

9 [www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/](http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/)

## Comment la lutte contre la tuberculose est-elle organisée?

Pour lutter avec succès contre la tuberculose il faut en priorité identifier et traiter les cas de tuberculose pulmonaire à frottis d'expectoration positif. Il ressort des études qu'on peut réduire l'incidence de la maladie en dépistant au moins 70 pour cent des cas de frottis positif existants et en guérissant 85 pour cent d'entre eux. Toutefois, il est pratiquement impossible d'atteindre ces pourcentages sans une bonne organisation de la lutte.

En outre, la lutte contre la tuberculose constitue un problème à dimensions multiples qui ne peut être résolu uniquement par un traitement médical. Une action sanitaire d'ensemble est nécessaire: éducation, dépistage précoce, examens et soutien social aux patients, etc. Or, une action large de ce genre relève habituellement de la responsabilité des pouvoirs publics. On ne peut guère espérer maîtriser la maladie en utilisant uniquement des moyens biomédicaux. En fait, la cause la plus fréquente d'échec des traitements et de pharmacorésistance acquise est la mauvaise application du traitement de longue durée. L'élargissement de l'accès aux services de santé ainsi que le soutien social et la coopération sont des facteurs déterminants pour assurer le respect du traitement par les patients. À cet égard, il est indispensable d'accorder des "incitations/encouragements" aux patients et au personnel de santé pour que le traitement soit suivi avec persévérance et qu'il réussisse.

### Encadré 3. Incitations et encouragements

Il n'existe pas de distinction nette entre ces deux termes. En fait, de nombreuses mesures d'encouragement peuvent aussi faire fonction d'incitations et vice versa.

On entend par incitations et encouragements de petites "récompenses" offertes à toutes les personnes qui participent au processus de traitement afin d'obtenir de meilleurs résultats. Ces récompenses sont accordées aux patients à diverses étapes du traitement afin de les encourager à fréquenter les services de soins et à bien suivre le traitement. Elles sont également offertes aux agents de santé pour qu'ils s'engagent davantage dans les programmes de soins et soient motivés pour fournir des services de qualité. Les incitations/encouragements peuvent prendre de multiples formes: nourriture, boissons, biens, services ou argent liquide, par exemple une contribution aux frais de transport (voir étude de cas sur le Cambodge) ou des subventions sur l'alimentation et/ou le loyer pendant que les patients sont incapables de travailler à cause de la maladie.

Pour faire reculer énormément la tuberculose dans le monde d'ici 2015 en harmonie avec les OMD et les objectifs du partenariat Halte à la tuberculose<sup>10</sup>, l'OMS a lancé en 2006 la stratégie Halte à la tuberculose qui met en relief le rôle que les communautés peuvent jouer pour accroître le dépistage des cas et soutenir les soins aux malades.

### Encadré 4. Éléments de la stratégie Halte à la tuberculose (2006)

- Poursuivre et renforcer une stratégie DOTS de qualité
- Lutter contre la co-infection tuberculose/VIH, et la pharmacorésistance et d'autres problèmes
- Contribuer au renforcement des systèmes de santé
- Impliquer tous les soignants
- Donner aux patients et aux communautés la capacité d'agir
- Favoriser et promouvoir la recherche

10 Le partenariat Halte à la tuberculose a été créé en 2000 pour faire disparaître la tuberculose en tant que problème de santé publique. C'est un réseau d'organisations internationales, de pays, de donateurs des secteurs public et privé, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales et d'individus qui souhaitent travailler ensemble pour atteindre cet objectif. L'OMS sert de base au réseau dont il accueille le Secrétariat à son siège.

### Encadré 5. Objectifs de l'OMS et du partenariat Halte à la tuberculose

- **D'ici 2005:** dépister 70 pour cent des nouveaux cas de tuberculose infectieuse et guérir 85 pour cent d'entre eux
- **D'ici 2015:** réduire de 50 pour cent la mortalité et la prévalence de la maladie au niveau mondial et commencer à inverser les tendances de l'incidence
- **D'ici 2050:** réduire l'incidence mondiale de la tuberculose à moins de 1 cas par million d'individus

D'après les données et les estimations figurant dans le Rapport 2007 de l'OMS sur la lutte mondiale contre la tuberculose (données de 2005), il semble que les objectifs concernant le dépistage des cas (70 pour cent) et la réussite du traitement (85 pour cent) aient presque été atteints. Les objectifs ont tous deux été atteints dans la région du Pacifique occidental tandis que la région d'Asie du Sud-Est a enregistré plus de 85 pour cent de réussite des traitements. Aucune autre région de l'OMS n'a atteint les deux objectifs et c'est la région Europe qui a obtenu les plus mauvais résultats pour les deux indicateurs.

Le taux de dépistage des cas a dépassé 50 pour cent, et celui de réussite des traitements 70 pour cent, dans 85 pays; dont 26 ont atteint les deux objectifs. Ces chiffres marquent une étape importante dans l'histoire de la lutte contre la tuberculose et démontrent que cette lutte est efficace même dans les pays disposant de ressources limitées. Toutefois, près de deux millions de nouveaux cas de tuberculose active échappent chaque année aux contrôles.

### Quel est le rapport existant entre la tuberculose et l'infection au VIH?

La tuberculose et l'infection au VIH sont étroitement liées: chaque maladie accélère la progression de l'autre. En affaiblissant le système immunitaire, le VIH accroît le risque de contracter une nouvelle infection de tuberculose ou de passer de la forme latente à la forme active de la tuberculose, et augmente aussi les risques de rechute des patients guéris précédemment. En outre, le VIH modifie l'évolution clinique de la tuberculose en augmentant le nombre de cas de tuberculose extra pulmonaire et à frottis négatif. En conséquence, les infections de tuberculose sont plus difficiles à dépister et à guérir et la lutte contre la maladie atteint moins bien ses objectifs. Le VIH aggrave l'incidence de la tuberculose et la mortalité associée dans les zones à forte prévalence de VIH.

Réciproquement, la tuberculose accélère le passage des patients de l'infection VIH au sida déclaré. La tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente et une des principales causes de décès de personnes vivant avec le VIH. Selon les estimations, le tiers au moins des 39,5 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde sont probablement contaminées par le bacille de la tuberculose et risquent beaucoup plus de contracter la maladie. Jusqu'à 80 pour cent des malades tuberculeux sont également contaminés par le VIH en Afrique subsaharienne. L'amélioration de la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH renforcera l'efficacité de la lutte contre la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et permettra d'assurer aux patients tuberculeux séropositifs au VIH le traitement et les soins dont ils ont besoin.

“Les services spécialisés dans la lutte contre la tuberculose et le VIH peuvent faire beaucoup plus pour lutter contre ces causes importantes de maladie et de mortalité s'ils travaillent ensemble que s'ils travaillent séparément. Il est indispensable de renforcer énergiquement la collaboration pour atteindre nos buts communs: l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement de la tuberculose et du VIH”, déclare le Dr Alasdair Reid, Conseiller pour le VIH et la tuberculose, ONUSIDA (mars 2007).

Lorsque le VIH favorise l'épidémie de tuberculose, comme en Afrique subsaharienne, il est indispensable de reconnaître que la pauvreté, la tuberculose et le VIH sont associés et de traiter la co-infection.

## Comment conjuguer la lutte contre la tuberculose et la lutte contre le VIH?

Il est de plus en plus nécessaire de faire participer les communautés à la lutte contre la tuberculose et contre le VIH. Le traitement de ces deux infections requiert un engagement de longue durée de la part des soignants et des volontaires qui doivent tous être particulièrement sensibles aux réactions négatives que suscitent ces maladies. La participation des communautés améliore les taux de dépistage des cas de tuberculose et de VIH, favorise le dépistage plus précoce et encourage les malades sous traitement à persévérer. En outre, les coûts d'intervention extérieure des communautés diminuent lorsque la lutte associe les deux maladies et des synergies fécondes peuvent se créer dans les domaines de l'information, de l'éducation et de la communication.

Étant donné que leur épidémiologie coïncide en partie, il est indispensable que les organismes de lutte contre l'infection au HIV et contre la tuberculose collaborent étroitement pour assurer une prévention et des soins complets et efficaces et ainsi améliorer sensiblement la santé publique. Indépendamment du dépistage et du traitement, l'intervention la plus efficace contre la tuberculose consiste à prévenir de nouvelles infections au VIH chez les personnes déjà contaminées par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*, de façon à réduire le risque que la tuberculose passe de la forme latente à la forme active. En outre, une bonne coordination des services de lutte contre la tuberculose, le VIH et le sida pourrait élargir l'accès aux conseils et aux examens volontaires concernant le VIH et contribuer à identifier les malades tuberculeux qui sont aussi séropositifs. Dans certains pays il pourrait être plus facile de lancer un programme de lutte contre la tuberculose et celui-ci pourrait servir de base pour lancer une action contre l'infection au VIH.

Même s'il est nécessaire de coordonner et de conjuguer la prévention et le traitement de l'infection au VIH et de la tuberculose, il ne faut pas sous-estimer la stigmatisation de chaque maladie. La co-infection donne lieu à une double discrimination.

## Quelle charge économique et sociale représente la tuberculose?

La tuberculose a un rapport complexe avec la pauvreté et elle a un impact économique et social énorme<sup>11</sup>.

En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, 75 pour cent des personnes atteintes de tuberculose active font partie de la tranche d'âge économiquement active (14-54 ans). Au niveau mondial, 95 pour cent des cas de tuberculose et 99 pour cent des décès dus à cette maladie sont enregistrés dans les pays en développement où l'épidémie a été aggravée par le recul socioéconomique des populations les plus pauvres. La tuberculose appauvrit ceux qu'elle frappe si les services de diagnostic et de traitement ne sont pas gratuits, car ils entraînent des coûts directs lourds pour les familles pauvres. La diffusion croissante de souches de *Mycobacterium tuberculosis* pharmacorésistantes oblige à utiliser des médicaments de deuxième ligne qui sont plus coûteux et moins efficaces que les traitements classiques.

Toutefois, ce sont les coûts indirects comme les pertes d'emploi ou de productivité dues à la maladie, les frais de déplacement des personnes qui fréquentent les services de santé et les autres dépenses liées au traitement qui constituent le véritable fardeau économique pesant sur les populations concernées. En outre, la discrimination associée à la co-infection à la tuberculose et au VIH a souvent des conséquences sociales négatives qui font hésiter les malades à recourir aux services de soins et de traitement.

Le ratio entre les sexes concernant les cas de tuberculose notifiés aux autorités de santé publique dans le monde est approximativement de 2 hommes pour 1 femme mais la mortalité liée à la tuberculose paraît plus

---

11 [www.who.int/tb/publications/tb\\_2005\\_352\\_tb\\_poverty.pdf](http://www.who.int/tb/publications/tb_2005_352_tb_poverty.pdf)

élevée chez les femmes. La cause de cet écart n'est pas claire; néanmoins, la tuberculose tue davantage de jeunes femmes que l'ensemble des causes de mortalité maternelle (Toman, 2004). Cette maladie a une profonde incidence sociale, économique et physique sur les femmes, surtout dans les pays en développement. Les femmes sont particulièrement touchées par l'opprobre et la discrimination qui amènent souvent leur famille à les abandonner et/ou leurs enfants à quitter l'école. En outre, les femmes ont moins largement accès aux soins parce qu'elles ont moins de pouvoir de décision.

## Quel rapport existe-t-il entre la tuberculose et la malnutrition?<sup>12</sup>

On sait depuis longtemps que la tuberculose est liée à la pauvreté et à la malnutrition: en effet, la malnutrition affaiblit le système immunitaire et prédispose les êtres humains à contracter la tuberculose comme n'importe quelle autre maladie infectieuse. Réciproquement, la tuberculose active entraîne la malnutrition. Les patients accusent fréquemment une perte de poids et d'appétit et présentent donc un indice de masse corporelle bas et une faible épaisseur du pli cutané; la tuberculose provoque entre autres une réduction de la concentration des micronutriments (vitamines A, B, E, zinc, fer), qui affecte à son tour le système immunitaire. Une bonne nutrition, associée au traitement médical, joue un rôle important dans la lutte contre la tuberculose, comme d'ailleurs contre les autres maladies infectieuses, en reconstituant et en protégeant les défenses immunitaires.

Nombre de patients tuberculeux étaient déjà exposés à l'insécurité alimentaire au niveau du ménage avant même de tomber malades et voient leur situation se dégrader encore à cause de la maladie. Pour eux, l'aide alimentaire est un élément bénéfique des soins qui leur permet de poursuivre le traitement et de retrouver leur autonomie.

L'effet de la nutrition sur l'évolution de la tuberculose active n'est pas encore complètement connu; même s'il est évident qu'une bonne nutrition est indispensable pour tous les individus, quelle que soit leur situation du point de vue de la tuberculose ou du VIH, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur le rôle de la nutrition et des micronutriments de complément dans les soins aux malades tuberculeux.

## Pourquoi est-il important que le PAM participe aux programmes de lutte contre la tuberculose?

Le PAM accorde une assistance alimentaire pour répondre aux besoins d'urgence et soutenir le développement économique et social. Cette aide peut prendre de multiples formes mais elle a toujours pour objectif d'améliorer l'alimentation, la qualité de vie et l'autonomie des populations et des communautés pauvres de façon à aider les pays à atteindre les OMD. L'aide alimentaire du PAM aux programmes de lutte contre la tuberculose contribue à sa mission en permettant aux patients de suivre un traitement contre une maladie qui compromet leur état nutritionnel et leur autonomie et en les aidant à améliorer leur état nutritionnel, qui est affaibli par la tuberculose. On a reconnu l'efficacité de l'aide alimentaire en tant qu'incitation à suivre les programmes de lutte contre la tuberculose<sup>13</sup>.

---

12 Cegielski J.P.; McMurray D.N., "The relationship between malnutrition and tuberculosis: evidence from studies in humans and experimental animals", *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, Volume 8, Numéro 3, mars 2004, p. 286-298 (13).

13 Partenariat Halte à la tuberculose, MSH/RPM et Banque mondiale, *Building an evidence base on the role of incentives and enablers in improving TB control programmes. Summary of findings to date*, octobre 2003.

## Encadré 6. Le PAM en action au Lesotho (2005)

***Le PAM fournit une aide alimentaire aux programmes de lutte contre la tuberculose dans un pays qui enregistre un taux de réussite des traitements peu élevé (45 pour cent) et a le troisième taux de prévalence du VIH du monde par ordre d'importance.***

Le Programme travaille en partenariat avec le Ministère de la santé et des affaires sociales du Lesotho pour apporter un soutien aux malades tuberculeux depuis 2003.

La stratégie DOTS a été adoptée en 1991 et le diagnostic et le traitement sont fournis gratuitement dans tous les services de santé du Gouvernement (couverture à 100 pour cent). En 2002, le taux de dépistage des nouveaux cas à frottis positif atteignait 66 pour cent et le taux de réussite du traitement de ces cas était de 45 pour cent seulement (d'après les données les plus récentes disponibles sur le profil épidémiologique pour la tuberculose de l'OMS).

La plupart des patients tuberculeux font partie de la tranche d'âge économiquement active (15-54 ans) et les effectifs inscrits aux programmes de lutte contre la maladie comptent presque deux fois plus d'hommes que de femmes. Le VIH est le principal facteur qui favorise l'épidémie de tuberculose. À la fin de l'année 2005, le taux de prévalence du VIH était estimé à 23,2 pour cent, (troisième du monde par ordre d'importance). En fait, les enquêtes effectuées auprès des malades tuberculeux ont fait apparaître une augmentation de la prévalence du VIH, qui est passée de 39 pour cent en 1995 à 76 pour cent en 2005.

Les critères à remplir pour avoir droit à l'aide alimentaire sont les suivants: i) insécurité alimentaire; ii) réponse positive soit à l'examen des frottis au microscope, soit aux radiographies du thorax; et iii) inscription à un programme de traitement DOTS. Seuls les malades non hospitalisés reçoivent des vivres du PAM. Le PAM et ses partenaires livrent chaque mois des produits alimentaires à 171 des 181 centres de soins que compte le pays.

Une ration familiale se compose de 400 grammes de farine de maïs, 60 grammes de légumes secs et 20 grammes d'huile par personne et par jour pendant six mois. En outre, une ration individuelle de 200 grammes de mélange maïs-soja par jour est fournie uniquement au patient lui-même. Le volume de la ration familiale ne correspond pas automatiquement à une famille type composée de cinq personnes, mais à l'effectif réel de la famille qui a été vérifié. Au total, 2 529 patients par mois bénéficient directement de l'aide alimentaire du PAM et il faut ajouter à ce chiffre 18 953 bénéficiaires indirects.

Les patients soutiennent que le mélange maïs-soja les aide à prendre rapidement du poids. Les agents de santé affirment que l'aide alimentaire a renforcé la persévérance à suivre le traitement. Toutefois, il n'est pas facile pour eux de distribuer les vivres alors qu'eux-mêmes, travaillant en qualité de volontaires, ne reçoivent aucune incitation. En outre, quelques problèmes de coordination dans le temps ont été signalés. Dans les centres de santé où la distribution des médicaments a lieu un jour précédant celui de la distribution des vivres, les patients préfèrent parfois se présenter plus tard au centre de façon à se déplacer une fois par mois seulement. Cependant, le grand problème reste l'intégration des programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH qui est inscrite à l'ordre du jour du partenariat Halte à la tuberculose et ONUSIDA.

Dans ce contexte, le PAM a fourni une aide alimentaire à divers pays afin d'étudier le rôle qu'il pourrait jouer pour atténuer l'impact de la tuberculose en permettant aux patients de mieux suivre le traitement et en les aidant à satisfaire leurs besoins nutritionnels. La collaboration et les partenariats sont indispensables pour conjuguer les compétences du PAM en matière d'alimentation et de logistique avec les connaissances spécialisées en matière de prévention de la tuberculose et de soins d'autres organisations.

Depuis 2003, le PAM est un des coparrains ONUSIDA, organisme responsable du soutien alimentaire/nutritionnel aux interventions de traitement du VIH, de soins et de soutien<sup>14</sup>. Au cours des dernières années, l'application

14 ONUSIDA, Division de soutien technique du travail, *Summary and Rationale*, 2005.

de la stratégie DOTS s'est élargie à mesure que le nombre de personnes touchées par la tuberculose et/ou le VIH augmentait. Le PAM a ainsi eu l'occasion de cibler précisément des patients tuberculeux contaminés par le VIH lorsqu'il a donné son appui à des programmes de lutte contre la tuberculose et de plaider pour que des conseils et des examens volontaires soient proposés aux patients tuberculeux.

## Quels sont les objectifs de l'assistance alimentaire du PAM dans le cadre des programmes de soins et de traitement de la tuberculose?

L'assistance alimentaire du PAM aux programmes de soins et de traitement antituberculeux dans le cadre de la stratégie Halte à la tuberculose a trois objectifs:

- Aider les patients membres de ménages exposés à l'insécurité alimentaire à satisfaire leurs besoins nutritionnels pendant le traitement de façon à permettre au corps de lutter contre l'infection et de retrouver la santé
- Renforcer la persévérance avec laquelle les patients et les agents de santé appliquent les programmes et ainsi améliorer le taux de guérison des malades tuberculeux
- Encourager la fréquentation des centres de soins dans le cadre de la stratégie de survie et ainsi contribuer à accroître le nombre de cas nouveaux dépistés et de traitements menés à bien

À long terme, le PAM espère aider les gouvernements à atteindre l'ODM 6 dans le cadre de leurs programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Le maintien des patients dans le système de santé pendant toute la durée du traitement permet en outre aux agents de santé d'encourager les patients à se soumettre aux examens de dépistage du VIH.

### Encadré 7. Nutrition, aide alimentaire et tuberculose: le point de vue des bureaux de pays du PAM

- Au **Cambodge**, les patients et les agents de santé utilisent l'aide alimentaire comme complément nutritionnel et comme moyen d'encourager les patients à fréquenter les centres antituberculeux. Les patients hospitalisés reçoivent des vivres pendant la phase intensive du traitement (deux premiers mois). L'aide alimentaire permet aux patients non hospitalisés de mener à bien la phase suivante en les incitant à fréquenter les services de soins de santé où ils reçoivent à la fois un traitement et des vivres.
- En **Tchéchénie**, l'aide alimentaire du PAM permet de diversifier les rations habituellement fournies par le Gouvernement aux malades tuberculeux hospitalisés qui peuvent ainsi satisfaire leurs besoins nutritionnels et améliorer leur état. Le PAM et ses partenaires fournissent également une aide alimentaire aux malades tuberculeux non hospitalisés, ce qui leur permet de suivre régulièrement le traitement, de fréquenter davantage les centres de santé et de faire vivre leur famille pendant la période difficile où ils sont incapables de travailler.
- Au **Malawi**, les agents de santé reconnaissent que la nutrition joue un rôle essentiel pour guérir la tuberculose. Toutefois, il n'existe pas encore de statistiques démontrant que les interventions nutritionnelles font baisser la mortalité.

## Quels sont les partenaires du PAM dans la lutte contre la tuberculose?

Étant donné que les programmes de lutte contre la tuberculose relèvent de la responsabilité des gouvernements nationaux, le PAM n'intervient qu'avec l'approbation entière de ces derniers.

Les partenaires peuvent être classés en partenaires institutionnels (ministère de la santé), partenaires techniques [OMS, United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC)] et partenaires d'exécution (ONG et autres organisations à base communautaire). La coordination entre le PAM et ses partenaires suscite des synergies, favorise l'identification des patients et des ménages exposés à l'insécurité alimentaire et permet de mettre en oeuvre des programmes d'aide alimentaire.

### Encadré 8. Un partenariat réussi au Cambodge<sup>15</sup>

Le Cambodge a lancé en 1994 son Programme national de lutte contre la tuberculose qui est mis en oeuvre sous la responsabilité du Centre national de lutte contre la tuberculose (CENAT) dans le cadre du système national de santé. Le pays fait appel à toute une gamme de partenaires techniques: les CDC — activités pilotes tuberculose/VIH); la Japan International Cooperation Agency (JICA) formation et encadrement, appui technique aux laboratoires, information, éducation et communication (IEC), achats, recherche opérationnelle, tuberculose/VIH; Centre royal néerlandais pour la lutte contre la tuberculose (KNCV) — formation et ateliers, traitements DOTS au niveau des communautés —; et OMS — formation et encadrement, appui technique de laboratoire, information, éducation et communication, achats, tuberculose/VIH. Les principaux partenaires financiers sont: l'Agence canadienne de développement international (ACDI), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (ci-après désigné le Fonds mondial), la JICA, l'USAID, l'OMS et la Banque mondiale. Les partenaires d'exécution sont le PAM, des ONG locales et des organisations à base communautaire. Ce partenariat efficace a permis d'augmenter de façon spectaculaire le taux de dépistage et le taux de guérison des malades de tuberculose.



15 Strauss A., Ahmed M., Tan Eang M.: "Food aid and TB control in Cambodia: 10 year review (1994-2004) and future challenges", résumé PC-1491-20, Trente-sixième Conférence mondiale sur la santé pulmonaire de l'Union internationale de lutte contre la tuberculose et les maladies pulmonaires.

## Box 9: WFP in Sudan

### *L'aide alimentaire du PAM et les programmes de lutte contre la tuberculose dans le cadre d'un conflit, après évaluation de la vulnérabilité et du conflit*

Au Soudan, le PAM fournit des vivres aux malades tuberculeux depuis 1996.

Au bout de plus de vingt années de guerre, le pays se trouve dans une situation d'urgence complexe. Les déplacements de populations, les camps de réfugiés surpeuplés, la mauvaise hygiène et la malnutrition ainsi que la paralysie des services de santé qui manquent de personnel médical et de médicaments antituberculeux ont contribué à créer des conditions favorisant la diffusion de la tuberculose.

La mise en oeuvre de la stratégie DOTS commencée en 1993 a couvert l'ensemble du pays en 2002. Dans 22 des 26 États que compte le Soudan, ces activités sont organisées par le Programme national de lutte contre la tuberculose et dans les quatre autres elles relèvent de l'Initiative de lutte contre la tuberculose dans la Corne de l'Afrique lancée par l'OMS. Dans tous les centres, le diagnostic et le traitement sont gratuits.

En 2002, le taux de dépistage des cas à frottis positif et le taux de réussite des traitements atteignaient respectivement 33 pour cent et 78 pour cent. La prévalence du VIH chez les patients tuberculeux se chiffre à 13 pour cent. La plupart des patients atteints de tuberculose souffrent aussi d'insécurité alimentaire et d'un mauvais état nutritionnel. Seuls les patients non hospitalisés reçoivent des vivres du PAM.

L'aide alimentaire du PAM aux patients tuberculeux couvre cinq États; dans certaines zones elle se poursuit depuis longtemps (Juba et Port Soudan depuis 1996) et dans d'autres elle est plus récente (Kassala depuis juin 2005). Les critères de sélection des patients sont fondés sur l'évaluation préalable de la vulnérabilité et du niveau des conflits.

Les rations se composent de 50 grammes de mélange maïs-soja, 450 grammes de céréales, 50 grammes de légumes secs, 30 grammes d'huile végétale, 10 grammes de sel et 25 grammes de sucre par personne et par jour et équivalant à 2 225,5 kilocalories au total. L'aide est fournie sous forme de rations individuelles sauf à Kassala, où l'on distribue des rations familiales (5 personnes, patient compris) et où cinq agents de santé reçoivent également des vivres. L'aide est fournie pendant toute la durée de traitement de six mois. Le nombre de bénéficiaires s'est élevé à 13 452 pour la période de janvier à août 2005.

Le transport et la distribution des vivres sont assurés par le PAM, sauf dans l'État de Kassala où des volontaires reçoivent une prime financière pour encourager la distribution.

Il est toujours difficile de chiffrer l'impact de l'assistance alimentaire. Les patients ont déclaré que leur bien-être s'était amélioré et ont confirmé que les vivres constituaient une incitation à poursuivre le traitement. Cependant, les responsables de la distribution estiment qu'il est difficile de bien cibler les bénéficiaires car les patients ont tendance à nier la maladie et à éviter de suivre un traitement parce qu'ils ont peur d'être méprisés et isolés.

Pour que la lutte contre la tuberculose donne des résultats durables au Soudan, il est indispensable de combattre la discrimination associée à la tuberculose et au VIH et aussi d'intégrer les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le sida.

## Chapitre 2. Orientations techniques

À propos de ce chapitre, il ne faut pas oublier que le PAM n'est pas seul lorsqu'il décide de soutenir des programmes de lutte contre la tuberculose. Il prend sa décision à l'issue d'échanges de vues avec les autorités nationales responsables de la santé publique et ensuite les groupes bénéficiaires sont choisis sur la base des demandes des pays et de critères de faisabilité (ressources alimentaires disponibles).

### Qui doit recevoir des vivres (choix des bénéficiaires de l'aide alimentaire)?

Pour fixer les critères de choix des groupes ayant droit à l'aide alimentaire dans le cadre de programmes de lutte contre la tuberculose, les éléments clés ci-après doivent être pris en considération:

- Situation locale de la sécurité alimentaire
- Objectifs de l'aide alimentaire
- Caractéristiques des bénéficiaires potentiels
- Capacités logistiques nécessaires pour la livraison des vivres

L'évaluation préalable de la situation de sécurité alimentaire des bénéficiaires potentiels contribue à déterminer les bases sur lesquelles les produits alimentaires doivent être fournis (par exemple ration individuelle ou ration familiale), le type de critères à utiliser pour sélectionner les bénéficiaires et, bien entendu, les demandes des responsables de la santé publique.

Les modalités de fourniture de l'aide alimentaire varient selon les pays, par exemple:

- **Tous les patients tuberculeux sous traitement** sont considérés comme ayant droit à une aide alimentaire (Burkina Faso, Tchétchénie).
- **Seuls les patients hospitalisés** reçoivent des vivres (Djibouti, Sierra Leone).
- **Seuls les patients non hospitalisés** reçoivent des vivres (Lesotho, Soudan).
- Les critères de sélection sont **fondés sur la situation de sécurité alimentaire des patients** (Lesotho, Soudan, Tadjikistan).
- **Des rations alimentaires individuelles** sont fournies (Burkina Faso, Cambodge, Djibouti, Mali, Sierra Leone, Somalie, Soudan).
- **Des rations familiales** sont fournies (Afghanistan, Érythrée, Haïti, Lesotho, Malawi, Ouganda, Soudan (Kassala), Tadjikistan, Tchétchénie, Zambie).

## Encadré 10. Le PAM en action au Burkina Faso

***Le PAM fournit une aide alimentaire à tous les malades tuberculeux et aux volontaires chargés de la distribution des vivres dans tous les centres de soins s'occupant de tuberculeux dans ce pays pauvre fortement endetté où le taux de dépistage de la tuberculose est très bas (17 pour cent).***

Le PAM soutient les programmes de lutte contre la tuberculose au Burkina Faso depuis juin 2004.

En 2002, le taux de dépistage des nouveaux cas à frottis positif atteignait 17 pour cent alors que l'OMS avait fixé un objectif de 70 pour cent pour 2005. Le taux de réussite des traitements des nouveaux cas à frottis positif se chiffrait à 64 pour cent en 2002.

Le Programme national de lutte contre la tuberculose a été établi en 1995. La stratégie DOTS couvre l'ensemble du pays depuis 2000 et des activités de lutte contre la tuberculose sont en cours dans 80 centres de santé publique sur tout le territoire. Toutefois, 27 pour cent seulement de la population fréquentait ces centres en 2002. La prévalence du VIH chez les malades tuberculeux atteint 23 pour cent.

Le Fonds mondial a répondu positivement à une demande d'aide financière du Burkina-Faso afin de soutenir le PAM et d'étendre l'aide à tous les centres de lutte contre la tuberculose de 2005 à 2009 (quatrième cycle du Fonds mondial). Le coût total du projet s'élève à environ 1,95 million de dollars É.-U. sur cinq ans et 936,6 tonnes de vivres seront distribuées.

L'aide alimentaire a pour objectif d'accroître la fréquentation des centres d'examen et de traitement et de réduire le nombre d'abandons de traitement. Elle devrait faire passer le taux de réussite des traitements de 64 pour cent en 2005 à 85 pour cent en 2009, le taux d'abandons de 12,6 à 10 pour cent et le taux de dépistage des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif de 18 pour cent en 2004 à 70 pour cent en 2009.

Il n'existe pas de critère d'exclusion de particuliers et tous les centres de santé (78 en 2005) bénéficient de l'aide alimentaire depuis septembre 2005. Les vivres sont fournis à tous les malades ainsi qu'aux volontaires chargés de la distribuer dans les centres de santé.

Une ration individuelle mensuelle composée de 12 kilogrammes de céréales, 1,8 kilogramme de légumes secs, 0,75 kilogramme d'huile, 1,5 kilogramme de mélange maïs-soja, 0,15 kilogramme de sel et 0,6 kilogramme de sucre est fournie pendant toute la durée du traitement de huit mois. Le mélange maïs-soja et le sel ont été ajoutés pour répondre aux besoins accrus de micronutriments des patients. Le nombre de bénéficiaires est estimé à 5 875 pour 2006.

Aucune évaluation de l'effet de l'assistance alimentaire n'a été effectuée jusqu'ici. Toutefois, les premières observations font ressortir un accroissement de la fréquentation des centres de soins et une réduction du nombre d'abandons de traitement qui peuvent être attribués à l'amélioration des services de santé et aux distributions de vivres.

## Quelles zones géographiques les programmes devraient-ils viser?

En fournissant une assistance alimentaire aux programmes de lutte contre la tuberculose, le PAM cherche à atteindre les personnes exposées à l'insécurité alimentaire qui sont touchées par la maladie. Il ne faut jamais oublier que les personnes contaminées par la tuberculose (ou le VIH) n'ont pas toutes automatiquement besoin d'aide alimentaire. Il est donc capital de cibler l'aide avec précision à moins que d'autres informations ne soient fournies ou qu'un accord ne soit conclu avec les autorités nationales (comme au Cambodge). Il est indispensable d'analyser la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire des bénéficiaires potentiels avant de commencer l'aide. Il faut aussi prendre en compte des critères précis comme la prévalence de la tuberculose, les taux de malnutrition et le degré d'insécurité alimentaire. Une enquête au sujet de l'insécurité alimentaire et des moyens de subsistance effectuée avant de distribuer l'aide permettrait aussi d'établir une base de référence pour déterminer dans quelle mesure l'insécurité alimentaire frappe la population urbaine (qui est durement affectée par la tuberculose, la pauvreté et l'insécurité alimentaire) et comment elle évolue dans le temps.

Dans les pays où le PAM apporte déjà son appui à des programmes de lutte contre le VIH/sida, les bureaux de pays pourraient aussi étudier la possibilité d'encourager les partenaires à intégrer les services de soins et de traitements pour le VIH/sida et pour la tuberculose.

## Quels sont les besoins nutritionnels des patients tuberculeux à prendre en compte pour déterminer l'assortiment alimentaire?

Il est indispensable de prendre en compte les besoins nutritionnels et les besoins alimentaires spéciaux des patients atteints de tuberculose pour mettre au point l'assortiment alimentaire destiné aux programmes de lutte contre la tuberculose. En raison du taux élevé de co-infection VIH/tuberculose en Afrique où 66 pour cent des interventions du PAM ont lieu (chiffres de 2005), les besoins nutritionnels concernant les programmes de lutte contre la tuberculose ne devraient pas être différents de ceux des personnes vivant avec le VIH. Une consultation technique organisée par l'OMS en 2005<sup>16</sup> a confirmé que ces personnes ont besoin d'un apport de calories plus élevé; plus précisément, la consultation a indiqué une augmentation de 10 pour cent des besoins caloriques chez les adultes asymptomatiques et de 20 à 30 pour cent pendant la période d'infection symptomatique au VIH. Dans le cas des enfants séropositifs qui accusent une perte de poids, les besoins sont encore plus considérables: un apport de 50-100 pour cent supérieur aux besoins normaux a été recommandé. Comme dans un régime alimentaire normal, les protéines devraient représenter 10 à 12 pour cent et les lipides au moins 17 pour cent de l'apport total de calories. Il n'existe pas de données suffisantes pour recommander un accroissement de l'apport de protéines, mais le volume absolu de cet apport peut en fait s'accroître en raison de l'augmentation globale du contenu énergétique de l'assortiment alimentaire. Même si une consommation suffisante de micronutriments est importante, l'apport de micronutriments devrait être maintenu au niveau journalier recommandé.

La composition des rations alimentaires varie selon les pays. En règle générale, la ration de base se compose de maïs, de légumes secs, d'huile végétale et de mélange maïs soja; les bénéficiaires peuvent recevoir également du sucre, du sel, du riz, des lentilles ou du poisson, selon le cas. Outre les besoins nutritionnels liés à l'état physique des bénéficiaires, la composition des rations doit être adaptée à la culture locale (habitudes de consommation), ce qui peut imposer des choix difficiles. Ainsi, le riz, principal élément des assortiments alimentaires au Cambodge correspond bien aux habitudes locales mais il est relativement pauvre en micronutriments dont les patients tuberculeux ont absolument besoin. La composition de l'assortiment dépend aussi des stocks disponibles et de la régularité de la filière d'approvisionnement.

---

16 Consultation sur la nutrition et le VIH/sida, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.  
[www.who.int/nutrition/topics/consultation\\_nutrition\\_and\\_hiv\\_aids/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/topics/consultation_nutrition_and_hiv_aids/en/index.html)

## Quel devrait être le volume de l'aide alimentaire distribué?

Pour fixer judicieusement l'assortiment alimentaire à distribuer, il faut prendre en compte de multiples facteurs. Ainsi qu'il a déjà été indiqué, la composition de l'assortiment dépend en fin de compte du contexte local et des objectifs des programmes. Les résultats de l'évaluation de la situation de sécurité alimentaire des bénéficiaires, notamment les entretiens avec les ménages, les agents d'assistance sociale et les chefs des communautés, influent fortement sur le volume de vivres fourni (rations complètes ou rations de complément) ainsi que sur le choix entre rations individuelles et rations familiales.

**Ration complète:** Ration généralement distribuée aux patients hospitalisés pendant la phase intensive initiale de traitement parce qu'ils n'ont aucune autre possibilité de se procurer de la nourriture. Dans certains pays, une ration complète est également fournie pendant la phase de consolidation.

**Ration de complément:** Ration fournie aux patients tuberculeux pendant la phase de consolidation et parfois aussi aux soignants et aux membres de la famille. Dans certains pays, l'apport minimum journalier de calories nécessaires à la survie sert de critère de base.

**Ration individuelle:** Dans de nombreux cas, un patient qui reçoit une ration individuelle la partage forcément avec d'autres membres de la famille. Il est alors tout à fait probable que la partie restant au patient ne peut pas couvrir ses besoins personnels. La bonne application des prescriptions médicales peut alors être compromise car les médicaments antituberculeux ont des effets secondaires plus marqués s'ils sont pris à jeun.

**Ration familiale:** Dans la plupart des pays, le calcul des rations familiales est fondé sur l'hypothèse que la famille moyenne compte cinq membres, patient compris. Les rations familiales peuvent contribuer à maintenir la productivité et la capacité de générer des revenus des autres adultes faisant partie du ménage et à sauvegarder l'amélioration potentielle de l'état nutritionnel du patient. Cela ne signifie pas nécessairement que chaque membre de la famille doit recevoir une ration complète ni que les rations familiales doivent être fournies pendant toute la durée du traitement. Un suivi attentif après la distribution peut permettre d'adapter l'aide au cas où les familles sont en mesure de couvrir elles-mêmes une partie de leurs besoins alimentaires.

Les exemples concernant le nombre de rations comprises dans un "assortiment alimentaire" familial qui proviennent du terrain font apparaître des différences importantes d'un pays à l'autre et même à l'intérieur d'un même pays (Zambie, par exemple). Les différences existant dans un même pays amènent souvent les bénéficiaires à fréquenter certains services antituberculeux plutôt que d'autres.

## Pendant combien de temps l'aide alimentaire doit-elle être fournie?

La durée de l'aide alimentaire aux patients tuberculeux devrait être fondée sur une analyse des besoins et des objectifs de l'apport alimentaire. Or, ces objectifs varient fortement d'un pays à l'autre et même à l'intérieur de certains pays.

Dans la plupart des pays où une aide alimentaire est fournie aux patients tuberculeux, le PAM prévoit de distribuer des vivres pendant toute la durée du traitement. Cependant, la durée de l'aide est très variable: deux mois (Mali), six mois (Burkina Faso, Cambodge, Djibouti, Inde, Lesotho, et Somalie), huit mois (Angola, Haïti, et Zambie), neuf mois (Malawi) et dix mois (Tchétchénie) ou encore davantage dans les cas où les patients atteints de tuberculose multirésistante ont besoin de traitements plus longs. Dans certains pays, les patients ne reçoivent une aide alimentaire que tant qu'ils sont hospitalisés (par exemple trois mois au maximum d'hospitalisation, en Sierra Leone).

## Quel genre d'indicateurs faut-il utiliser pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'assistance alimentaire du PAM?

Le choix des indicateurs de suivi et d'évaluation qui doivent être rassemblés dans le contexte d'un projet particulier doit s'insérer dans un processus plus vaste de conception qui part de la formulation d'objectifs spécifiques et réalistes<sup>17</sup> ainsi que des résultats prévus (produits et effets directs).

### *Produits*

Les indicateurs de produits uniformisés obligatoires sont utilisés dans toutes les activités du PAM. Dans le cas du soutien alimentaire aux programmes de lutte contre la tuberculose, les indicateurs de produits suivants doivent faire l'objet d'un suivi et être communiqués:

- nombre de bénéficiaires de l'aide alimentaire dans le cadre d'activités de lutte contre la tuberculose, par sexe et par âge;
- nombre de patients tuberculeux (ou de participants), par sexe et par âge; et
- volume (en tonnes) de vivres distribué dans le cadre d'activités de lutte contre la tuberculose, par produit.

Le PAM collecte des données sur les produits des projets en utilisant son système de surveillance habituel. Les modalités de collecte des données devraient être fixées compte tenu des organismes chargés de livrer les vivres aux services de santé (ministère de la santé, PAM, etc.) et des organismes chargés de les distribuer aux bénéficiaires (services de santé, services sociaux, ONG, PAM, etc.).

### *Effets directs*

En ce qui concerne les effets directs, les trois objectifs de l'assistance alimentaire du PAM dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose sont indiqués page 13, doivent tous contribuer à améliorer l'état de santé des personnes contaminées et exposées à l'insécurité alimentaire. Les indicateurs des effets directs retenus pour le suivi des activités du PAM devraient être harmonisés avec les indicateurs utilisés par les ministères nationaux de la santé et l'OMS pour mesurer les résultats des programmes de lutte contre la tuberculose<sup>18</sup>:

- taux de succès thérapeutique (patients guéris ou ayant terminé le traitement (indicateur de résultat);
- taux de mortalité (indicateurs d'impact);
- taux d'abandon de traitement: cet indicateur peut être utilisé pour savoir dans quelle mesure l'aide alimentaire a réussi à renforcer l'application régulière du programme; et
- taux de détection: cet indicateur peut être utilisé pour savoir dans quelle mesure l'aide alimentaire encourage les patients à s'inscrire au programme de lutte contre la tuberculose, seulement si l'intervention du PAM revêt une grande ampleur et couvre tout le pays.

---

17 Voir les directives relatives au suivi et à l'évaluation disponibles en anglais uniquement (<http://home.wfp.org/meknowledgebase/index.asp>) et *La gestion axée sur les résultats. Guide d'orientation* ([http://epweb.wfp.org/ngo/cd\\_fra/section3/chapitre5/RBM\\_Orientation\\_Guide\\_French.pdf](http://epweb.wfp.org/ngo/cd_fra/section3/chapitre5/RBM_Orientation_Guide_French.pdf)).

18 En ce qui concerne les indicateurs ci-après, voir le Recueil des indicateurs pour le suivi et l'évaluation des programmes nationaux antituberculose, partenariat Halte à la tuberculose, août 2004 ([www.stoptb.org/wg/advocacy\\_communication/assets/documents/Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating NTP.pdf](http://www.stoptb.org/wg/advocacy_communication/assets/documents/Compendium_of_Indicators_for_Monitoring_and_Evaluating_NTP.pdf)).



Il est généralement recommandé d'utiliser le "taux de succès thérapeutique" car c'est un des indicateurs collectés chaque année pour l'OMS, mais les autres indicateurs peuvent également servir à mesurer les effets directs de l'aide du PAM. Il peut être nécessaire de recourir à d'autres indicateurs mieux adaptés à un contexte, à un type de programme ou à des objectifs spécifiques.

Le PAM, ne pouvant collecter lui-même des données sur les effets directs, doit faire appel à ses partenaires. L'accord entre les autorités nationales, les partenaires de coopération (le cas échéant) et le PAM qui définit le programme et les tâches respectives des partenaires devrait donc comporter l'engagement explicite de rassembler ces données et de les communiquer au PAM.

### ***Interprétation des effets directs***

Un des principaux problèmes que pose l'utilisation d'indicateurs des effets directs dans les programmes de soins et de traitements, tient à ce que ces indicateurs traduisent de nombreux facteurs qui peuvent ou non être liés au fait qu'une personne a reçu ou non une aide alimentaire. Dans la plupart des cas il est difficile, voire impossible, d'"attribuer" spécifiquement les changements observés au niveau des effets directs à une composante précise d'une intervention comme une supplémentation alimentaire. Pour interpréter les résultats, on doit donc prendre en considération un certain nombre de facteurs critiques: moyens d'examen, disponibilité de médicaments, qualité du personnel médical et services de conseils suffisants en matière de santé et de nutrition.

L'établissement de données de référence (recueillies avant le lancement de l'appui au programme de lutte contre la tuberculose ou au début de cet appui) peut aider à fixer les objectifs et interpréter les résultats, mais, en l'absence de telles données, il est important de comparer les résultats obtenus à diverses dates afin de dégager les tendances, les problèmes temporaires etc.



## Chapitre 3. Passer à l'action

La décision de soutenir les programmes de lutte contre la tuberculose est très souvent fondée sur les ressources disponibles et sur le dialogue permanent avec le ministère de la santé et les partenaires, parfois sans participation directe du PAM. Ainsi, le Gouvernement du Burkina Faso a soumis une proposition de lutte contre la tuberculose au Fonds mondial et après avoir obtenu des ressources alimentaires, il a demandé au PAM d'aider le Programme national de lutte contre la tuberculose à distribuer les produits.

Cependant, le PAM devrait être considéré, de façon générale, comme un partenaire valable et disponible pour combattre l'épidémie de tuberculose. En outre, les services doivent disposer des informations de base ci-après: lieu et modalités d'application des programmes de lutte contre la tuberculose en cours; responsables de la mise en oeuvre des programmes; et rôle potentiel de l'aide alimentaire.

### Mesures préliminaires

- Contacter le ministère de la santé et l'OMS pour savoir s'ils possèdent une carte nationale des centres antituberculeux existants et à venir, et vérifier si ces centres se trouvent dans des zones d'activité du PAM.
- Si le ministère de la santé ne fonctionne pas normalement (période d'après conflit, etc.), analyser avec l'OMS et les autorités sanitaires locales la situation présente de la tuberculose pour déterminer la meilleure stratégie de mise en oeuvre du programme de lutte contre la maladie.
- Organiser une réunion avec le ministère de la santé pour établir un consensus et un accord sur l'action nécessaire et sur les modalités selon lesquelles les partenaires peuvent travailler de concert pour soutenir les programmes de lutte contre la tuberculose.
- Mettre en place des partenariats avec des ONG s'occupant déjà d'assistance alimentaire.
- Plaider pour l'utilisation des programmes de lutte contre la tuberculose comme point de départ de l'éducation, des examens de dépistage du VIH et des soins et du traitement du VIH et du sida dans le cas des patients tuberculeux séropositifs.



## Encadré 11. Le PAM en action en Somalie

***Le PAM fournit une assistance alimentaire aux programmes de lutte contre la tuberculose dans un pays pauvre à forte prévalence de la maladie qui n'a pas de véritable gouvernement national depuis plus de dix ans.***

Le PAM fournit depuis 1995 une assistance alimentaire aux patients inscrits aux programmes de traitement de la tuberculose qui sont coordonnés par l'OMS en Somalie.

La Somalie n'a plus de véritable gouvernement national depuis 1991. En raison des troubles intérieurs prolongés et des luttes entre factions, les infrastructures des services sociaux publics et les installations de soutien indispensables ont été complètement détruites. La plupart des régions du pays sont en butte à une grave insécurité et l'accès aux services de santé est très difficile.

La Somalie a une incidence élevée de tuberculose. L'OMS estime que le taux est de 411 cas pour 100 000 habitants pour toutes les formes de tuberculose; de 183 cas pour 100 000 habitants en 2004 pour les cas à frottis positifs. Environ 80 pour cent des cas concernent des individus de la tranche d'âge économiquement active.

L'OMS et le PAM ainsi que les autorités sanitaires locales et diverses ONG donnent la priorité à la lutte contre la tuberculose. Le programme de lutte contre la tuberculose OMS/PAM a commencé à appliquer la stratégie DOTS en 1995. Cette stratégie a couvert l'ensemble du pays en 2000, date à laquelle au moins un centre de lutte contre la tuberculose était opérationnel dans chacune des 18 régions du pays. Toutefois, de vastes régions sont habitées par des populations nomades, de sorte que l'accès aux traitements reste difficile pour de nombreux habitants. La mise en oeuvre du programme de lutte contre la maladie par plus d'un centre par région devrait faciliter l'accès aux traitements et ainsi améliorer le taux de dépistage des cas. La Somalie compte environ 46 centres de lutte contre la tuberculose opérationnels qui pratiquent la stratégie DOTS et l'ouverture de centres supplémentaires est prévue.

À l'heure actuelle, le PAM fournit une aide alimentaire à 20 centres de lutte contre la tuberculose de 18 régions. Les vivres distribués encouragent les patients à suivre le traitement jusqu'au bout. Le PAM fournit aux patients pendant six mois des rations individuelles composées de céréales, légumes secs, huile végétale et mélange maïs soja, soit au total 580 grammes par personne et par jour (17,4 kilogrammes par personne et par mois). Le nombre de patients bénéficiant de l'appui du PAM a augmenté progressivement. Pour chaque cycle de traitement (six mois) le PAM vient en aide à environ 4 000 patients tuberculeux.

Le taux de dépistage des cas a atteint 44 pour cent en 2004 pour la stratégie DOTS. Le taux de réussite des traitements s'est chiffré à environ 90 pour cent en 2003. Afin d'atteindre l'objectif national de dépistage de 70 pour cent des cas en 2007 et de continuer d'atteindre le taux de réussite des traitements prévu, l'OMS et le PAM travaillent de concert avec de nombreux partenaires.

### ***Le cas de Mhumed Y. Ahmet***

Mhumed Y. Ahmed, père de quatre enfants, vient d'une zone habitée par des populations nomades qui est située à environ 300 kilomètres de Hargeisa; il a perdu la majeure partie de son troupeau au cours des sécheresses antérieures. Il n'y a aucun dispensaire dans la zone, de sorte que l'accès aux services de soins est très difficile.

Mhumed déclare: "C'est l'année dernière que j'ai commencé à beaucoup tousser mais je ne savais pas ce que j'avais. La toux s'est aggravée de jour en jour et je me suis mis à cracher du sang. Je me sentais très faible et malade. Tous les nomades du voisinage ont su que j'étais malade.

Un jour, une femme est venue nous voir et a dit à mon épouse qu'elle avait eu le même problème jusqu'à ce qu'un de ses parents l'emmène à Hargeisa où elle avait été hospitalisée et avait reçu gratuitement des médicaments et des repas pendant six mois".

Mhumed est allé à son tour à Hargeisa où il s'est révélé positif au bacille de la tuberculose. Il déclare "Lorsque je suis arrivé ici, je n'avais pas d'argent et ne connaissais personne sur place. Grâce à l'hôpital, j'ai reçu gratuitement de la nourriture et des médicaments. Je n'aurais pas pu poursuivre le traitement sans la nourriture. Cela aurait été absolument impossible. Je suis pauvre et malade et je n'ai personne pour m'aider. Ma maison est très loin d'ici et ma femme n'avait pas les moyens de m'envoyer quoi que ce soit. Il n'est pas possible de suivre le traitement antituberculeux sans soutien alimentaire".

Mhumed a terminé le traitement et est maintenant complètement guéri. Il affirme "Je suis profondément reconnaissant. Grâce aux médicaments et aux repas gratuits j'ai retrouvé la santé".



## Questions essentielles à poser aux partenaires potentiels (gouvernements, organismes des Nations Unies, ONG, organisations à base communautaire et hôpitaux)

- Quels sont les services de soins existant dans le pays qui traitent les malades tuberculeux? Où se trouvent-ils? Suivent-ils les directives nationales? Ces programmes couvrent combien de personnes? Quels sont les buts déclarés de ces programmes?
- Les bénéficiaires de ces programmes ont-ils besoin de nourriture? Si oui, pour quelles raisons en ont-ils besoin? Où la nourriture est-elle le plus nécessaire? Pour combien de temps? Comment l'aide alimentaire pourrait-elle contribuer à la réalisation des buts et des objectifs des programmes?
- Ces programmes ont-ils intérêt à enquêter sur la sécurité alimentaire de leurs bénéficiaires?
- Y a-t-il une possibilité de lier les programmes de lutte contre la tuberculose avec des activités rémunératrices, des jardins scolaires, des stages de formation ou d'autres activités?
- Dans les zones où le PAM travaille déjà avec des partenaires, les programmes d'aide alimentaire pourraient-ils être élargis de façon à couvrir les patients tuberculeux?
- Le gouvernement a-t-il renforcé les capacités du personnel de ses programmes de lutte contre la tuberculose? S'il ne l'a pas fait, envisage-t-il de le faire? S'il l'a fait, quels domaines ont-ils été couverts? À l'intention de quels bénéficiaires? L'élargissement est-il complet ou subsiste-t-il encore des lacunes à combler?
- Quel genre d'activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale a-t-on mis en oeuvre dans le pays? Qu'est-ce qui a été fait exactement? Par qui (ministère de la santé, OMS, ONG)?
- Les partenaires ont-ils la capacité et les moyens logistiques voulus pour assurer l'entreposage et la distribution des vivres? Dans la négative, quel appui du PAM serait nécessaire pour le renforcement des capacités? Les partenaires ont-ils les moyens de donner des conseils aux patients en matière d'alimentation et de nutrition? Des liaisons peuvent-elles être établies entre les services de santé et les organisations à base communautaire?
- Les partenaires ont-ils effectué des enquêtes ou des évaluations nutritionnelles? Dans l'affirmative, où et quand? À quelles conclusions ont-ils abouti? Existe-t-il des données sur l'état nutritionnel des adultes?
- Y a-t-il des possibilités de relier les programmes de lutte contre la tuberculose aux programmes concernant le sida ou d'autres activités concernant la santé?

## Encadré 12. Principes de base pour "passer à l'action"

- Reconnaître le rôle utile que le PAM doit jouer dans la lutte contre la tuberculose
- Reconnaître les besoins alimentaires et nutritionnels des patients atteints de tuberculose et leur fournir un appui
- Utiliser et renforcer les partenariats existants afin d'appuyer les programmes de lutte contre la tuberculose
- Identifier les possibilités et les accès potentiels avec de nouveaux partenaires comme le ministère de la santé et les ONG pour appuyer les programmes de lutte contre la tuberculose
- Tous les programmes de lutte contre la tuberculose doivent adopter la stratégie Halte à la tuberculose approuvée par le gouvernement
- Collaborer étroitement avec des partenaires qui connaissent bien la tuberculose comme l'OMS et le ministère de la santé
- Faire preuve de souplesse et étudier les suggestions formulées par les partenaires pour aborder les problèmes
- Utiliser l'expérience, les connaissances spécialisées et les ressources d'autres organisations et partenaires pour soutenir les programmes contre la tuberculose et y contribuer davantage

## Encadré 13. Le PAM en action au Myanmar

### ***Rôle des partenariats: Le PAM et Malteser International s'associent pour combattre la tuberculose.***

La société Malteser International offre une assistance au programme de lutte contre la tuberculose dans l'État de Rakhine Nord depuis 2004 en soutenant le système de soins de santé du Gouvernement.

Malteser a organisé une formation à l'application de la stratégie DOTS à l'intention des agents de santé des communautés afin que ceux-ci fassent mieux prendre conscience du problème de la tuberculose et assurent un traitement régulier aux patients. La société a également établi un système de renvoi à l'hôpital de la ville par l'intermédiaire du service d'hôpital de jour Malteser afin d'augmenter le taux de détection des cas. En outre, elle offre un soutien aux patients suspectés d'être atteints de tuberculose pendant toute l'enquête effectuée par l'hôpital et aide la campagne "Township TB campaign" à suivre et surveiller les patients.

En collaboration avec le PAM, Malteser offre un appui nutritionnel aux patients sous forme de rations individuelles depuis juin 2004. Étant donné que la plupart de ces patients sont pauvres et incapables de travailler pendant le traitement, l'appui nutritionnel qui était à l'origine limité au patient lui-même, a eu quelques résultats non prévus: les rations étaient partagées avec la famille ou vendues pour procurer un revenu à toute la famille. C'est pour cette raison qu'une aide nutritionnelle pour tous les membres de la famille du patient (ration familiale) a été fournie à partir d'octobre 2005.

### *Le cas de Kobi Amed (avril 2006)*

Kobi Amed (ci-dessous à droite de la photo), musulman âgé de 43 ans, père de quatre enfants, a été envoyé en janvier 2006 au service d'hôpital de jour de Malteser pour subir un contrôle parce qu'il souffrait d'une toux chronique et avait de la fièvre le soir. Au bout de deux semaines de traitement utilisant deux antibiotiques différents à large spectre, son état ne s'était pas amélioré et il a alors été adressé à l'hôpital de Maungdaw pour bénéficier d'autres soins.

À l'hôpital, une tuberculose pulmonaire à frottis positif a été diagnostiquée après examen des expectorations. Le traitement a commencé en février et a duré six mois.

Peu après le début du traitement, un des agents d'éducation sanitaire de Malteser s'est rendu chez Kobi Amed pour évaluer la situation socioéconomique de la famille. Kobi Amed et sa famille, soit six personnes au total, vivaient dans la hutte photographiée ci-dessous en arrière-plan. M. Kobi était alors trop faible pour travailler mais il acceptait des travaux occasionnels pour faire vivre la famille. Celle-ci disposait d'un revenu d'environ 5 000 kyats (5 dollars É.-U.) par mois, en partie gagné par le fils de 15 ans qui vendait des friandises au marché.

La famille a été bouleversée lorsque le père est tombé malade. Bien entendu, il fallait de l'argent pour consulter un dispensaire privé et acheter de la nourriture riche en énergie pour lui et la famille se désespérait car elle n'avait pas un revenu suffisant pour le faire. Avec l'aide d'un agent de santé de la communauté formé par Malteser, M. Kobi a été adressé au service d'hôpital de jour de Malteser et a découvert à sa grande surprise que ni le service, ni l'hôpital ne demandaient de paiement pour le traitement. La famille a appris avec joie du personnel de Malteser que le père avait droit à recevoir un soutien nutritionnel pour toute la famille qui a effectivement bénéficié de ce soutien pendant les trois premiers mois du traitement.

Grâce à cette aide à la famille, le père a pu se reposer pendant le traitement. Il va de mieux en mieux car il suit régulièrement le traitement. Il a déjà pris deux kilogrammes en trois mois et espère qu'il pourra bientôt recommencer à travailler et gagner de l'argent pour faire vivre sa famille. Il devrait terminer le traitement au milieu d'août et sera alors complètement guéri.



# Bibliographie

## Partenariat Halte à la tuberculose

Stop TB Partnership, MSH/RPM and the World Bank. Building an evidence base on the role of incentives and enablers in improving TB control programmes? Summary of findings to date, octobre 2003

Stop TB Partnership, MSH/RPM. Workshop on evaluating enablers and incentives in TB control. Paris, France, novembre 3-4, 2003

Stop TB Partnership/WHO, MSH/RPM and the World Bank. Can enablers and incentives improve the performance of TB control programs? Summary report on the first phase (2001-2002) of a collaborative activity

## Organisation mondiale de la santé (OMS)

Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses, A58/A/Con.Paper No 6, mai 2005

Toman's Tuberculosis: Case Detection, Treatment and Monitoring, Questions and Answers, deuxième édition, OMS, 2004 (disponible uniquement en anglais et en russe)

Raviglione, M.C. (2003): The TB epidemic from 1992 to 2002, Tuberculosis, 83 (Proceedings from the 4<sup>th</sup> World Congress on Tuberculosis, June 3-5, 2002), Issues 1-3 [www.who.int/gtb/TBHIV/montreux](http://www.who.int/gtb/TBHIV/montreux)

Addressing Poverty in TB Control: Options for National TB Control Programmes WHO/HTM/TB/2005.352 (disponible en anglais uniquement)

Revised international definitions in tuberculosis control: Int J Tuberc Lung Dis 5(3): 213 215 (disponible en anglais uniquement)

Rapport 2007, Lutte mondiale contre la tuberculose: Surveillance, planification et financement WHO/HTM/TB/2005.349

Rapport 2005, Lutte mondiale contre la tuberculose: Surveillance, planification et financement WHO/HTM/TB/2007.376

Bergstrom et al. Améliorer la formation pour la lutte contre la tuberculose. Développement des ressources humaines pour la lutte contre la tuberculose. Approche stratégique dans le cadre de l'appui aux pays WHO/CDS/TB/2002

Community Home-Based Care in Resource-Limited Settings: a Framework for Action, 2002

Strategic Direction for Tuberculosis Research, février, 2002

Disease information, World Health Report, 2001

Involving Private Practitioners in Tuberculosis Control: Issues, Interventions and Emerging Policy Framework. WHO/CDS/TB/2001.285 (disponible en anglais uniquement)

Annual Report 2004, WHO, Southern Sudan Office (disponible en anglais uniquement)

The Stop TB Strategy. WHO/HTM/TB/2006.368 (disponible en anglais uniquement)

## **Programme alimentaire mondial (PAM)**

Programmation à l'ère du sida: L'action du PAM dans la lutte contre le VIH/sida, [www.wfp.org](http://www.wfp.org)

S.Gillespie, L.Haddad, R.Jackson. VIH/sida, Sécurité alimentaire et nutrition: Impacts et actions. mai, 2001.

Options pour l'intégration de l'éducation sur le VIH, mai 2004

Le premier pas: Appui du PAM à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et programmes connexes, octobre 2004

Food Assistance and HIV/AIDS. Ration design considerations 2007

Joint Emergency Food Aid Programme (JEFAP) EMOP 10290. HIV/AIDS Project Implementation Guidelines. Bureau du PAM au Malawi en collaboration avec ses partenaires, juillet 2003.

La première ligne de défense: Le rôle essentiel des aliments et de la nutrition dans la lutte contre le VIH/sida

Proposal for food commodities in support of MOH Kassala to manage TB patients, Bureau régional pour le Soudan, 2005

Appui Alimentaire aux initiatives de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida au Burkina, PAM Burkina Faso, mai 2003

Document de mise en oeuvre: Soutien alimentaire aux patients tuberculeux par la PAM sur financement du Fonds Mondial pour la période 2005-2009, WFP Burkina Faso

## Banque mondiale

Rapport annuel 2002, chap 0402.htm

Une évaluation de l'assistance de la Banque mondiale pour la lutte contre la VIH/sida 2005

Eichler, R., Weil, D., Can incentives improve public health performance? février 2002  
[www.worldbank.org/wbi/B-SPAN/sub-incentives.htm](http://www.worldbank.org/wbi/B-SPAN/sub-incentives.htm)

Plan mondial halte à la tuberculose, octobre, 2001

Case study of food support to TB patients in Cambodia. Food Aid for Development: Challenges and Opportunities. A workshop for WFP and World Bank staff on the use of food aid, juillet 2003

Weil D., Mookherji S., Food Support to Tuberculosis Patients under DOTS. A case study of the collaboration between the WFP and the National TB Control Programme in Cambodia, décembre 2002

Weil D., Mookherji S., Potential for a stronger WFP-World Bank partnership in fighting TB in Asia, mai 2004

## Autres

De Cock, K., The New Tuberculosis (Again): The rationale for collaborative TB/HIV Activities. HIV/TB Satellite Symposium, 13th International Conference on AIDS and STIs in Africa (ICASA), Nairobi, 2003

Health Initiative. TB and poverty in the context of global TB control. Highlights of satellite symposium on TB and poverty, 11-12 October 2002, Montreal, Canada

Ministry of Health and Welfare of Lesotho. Implementation plan for Global Fund monitoring, evaluation, reporting and data management for tuberculosis 2005

Ministry of Health and Welfare of Lesotho. The National Strategic Plan on Tuberculosis for Lesotho 2005-2009

Ministry of Health and Welfare of Lesotho. Report of a Comprehensive External Review of the National Tuberculosis Programme of Lesotho, mars 2004

Ministry of Health of Sudan. Annual Progress Report 2004, National Tuberculosis Control Programme

Paul Farmer, Statement from Partners in Health and Zanni Lasante on current events in Haiti.  
[www.pih.org/haiti-feb24.html](http://www.pih.org/haiti-feb24.html)

Van Lettow et al, Triple Trouble: The Role of Malnutrition in Tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus Co-infection, mars 2003



**Photographies** - Page de couverture: PAM/Debbi Morello; deuxième de couverture: OMS/Gary Hampton;  
Page 4: OMS/Pierre Virost; Page 14: PAM/Jim Holmes; Page 21: PAM/Richard Lee; Page 22: PAM/Anja Du Toit;  
Page 23: PAM/Frederic Loward; Page 25: PAM/Anja Du Toit; Page 28: PAM Photolibrary; Page 32: PAM/Jim Holmes

**Programme alimentaire mondial**  
Via Cesare Giulio Viola, 68/70  
00148 Rome, Italie  
Téléphone: +39-066513-2944 – Télécopie: +39-066513-2873  
Courriel: [wfpinfo@wfp.org](mailto:wfpinfo@wfp.org)

[www.wfp.org](http://www.wfp.org)

