

Médecins Sans Frontières au Niger

Médecins Sans Frontières (MSF) a commencé à travailler au Niger en 1996 et compte actuellement plus de 1700 personnels travaillant dans le pays. MSF fournit des soins complets dans les hôpitaux et centres de santé des régions de Tillabéri, Maradi, Zinder, Tahoua et Diffa. Cela comprend des services de maternité, de pédiatrie et de nutrition. En 2023, 132 800 patients ont été admis dans les hôpitaux MSF au Niger, dont 93 600 enfants de moins de cinq ans. La même année, 49 700 enfants ont été admis dans des programmes d'alimentation ambulatoires pour malnutrition aiguë sévère (MAS).

Le Niger est affecté par la violence et les déplacements autour de ses régions frontalières, qui font partie du Sahel central et du bassin du lac Tchad. Dans ces projets, MSF répond aux besoins médicaux causés par les conflits, l'insécurité alimentaire, la malnutrition infantile et les épidémies. Ils incluent également un projet en cours axé sur l'amélioration du diagnostic, de la prévention et du traitement de la tuberculose chez les enfants sous-alimentés.

La prévalence de la tuberculose pédiatrique au Niger

Selon le dernier rapport de l'OMS, un total de 15 466 nouveaux cas et rechutes de tuberculose au Niger ont été notifiés en 2023, dont 712 (4,6 %) étaient des enfants de moins de 14 ans. Selon l'OMS, la prévalence estimée de la tuberculose chez les enfants de moins de 14 ans est de 1 300 et dont 45 % des enfants atteints de tuberculose n'auraient pas été diagnostiqués et traités. L'OMS estime qu'au Niger, seulement 65 % des enfants de moins de 5 ans qui sont des contacts familiaux d'un cas de tuberculose confirmé, et qui sont éligibles, ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose (TPT).¹

La tuberculose et la malnutrition sont une arme à double tranchant pour les enfants : la malnutrition est une conséquence de la tuberculose, et les enfants mal nourris courent également un risque plus élevé de développer la tuberculose à la suite d'une exposition à l'infection tuberculeuse. Le Niger fait face à une prévalence de 35% de malnutrition infantile et 47,7% des enfants présentent un retard de croissance, l'un des taux les plus élevés au monde.²

Le projet TACTiC de MSF : traiter, prévenir et guérir la TB chez les enfants

Globalement, les enfants atteints de tuberculose ont moins d'une chance sur deux d'être diagnostiqués et traités. Il est alarmant de constater que 96% des enfants qui meurent de la tuberculose ne sont jamais diagnostiqués ni traités.³ Le sous-diagnostic chez les enfants est multifactoriel, mais l'une des principales raisons est que les tests de laboratoire pour diagnostiquer la tuberculose ne sont pas adaptés aux enfants. Les enfants ont des taux de bactéries dans les poumons inférieurs à ceux des adultes, ce qui signifie que les tests de laboratoire ne parviennent souvent pas à détecter la tuberculose chez les enfants. En outre, les tests disponibles nécessitent le prélèvement d'expectorations, qui sont difficiles à recueillir chez les enfants. Finalement, les enfants ont souvent des formes de TB extra pulmonaires qui ne vont pas être détectés par les tests de laboratoire ni les radiographies pulmonaires.

En 2022, l'OMS a révisé ses lignes directrices pour la prise en charge de la tuberculose pédiatrique afin de les aligner sur les données scientifiques les plus récentes. Les nouvelles directives de l'OMS comprennent un certain nombre de recommandations importantes sur la manière d'améliorer le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose chez les enfants qui, si elles sont adoptées et mises en œuvre, pourraient réduire considérablement le nombre de décès dus à la tuberculose chez les enfants.

¹ World Health Organization, [Global Tuberculosis Report 2024](#)

² UNICEF/WHO/World Bank joint child malnutrition estimates, July 2023, <https://data.unicef.org/resources/dataset/malnutrition-data/>

³ Dodd et al. The global burden of tuberculosis mortality in children: a mathematical modelling study. *Lancet Global Health* 2017

FICHE DE PLAIDOYER PAYS

Le projet Test Avoid Cure TB in Children (TACTiC)

de MSF a été lancé immédiatement après la publication des nouvelles directives de l'OMS en 2022. Il vise à générer des données en mettant en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS pour la prise en charge de la tuberculose pédiatrique, en particulier dans les structures de soins intégrées où la prévalence de la tuberculose non diagnostiquée chez les enfants est haute. Le projet TACTiC couvre 12 pays où la prévalence de la tuberculose est élevée et dans lesquels MSF fournit des soins contre la tuberculose, dont le Niger.

Le projet MSF pour traiter, prévenir et guérir la TB chez les enfants (TACTiC) :



Soutenir les pays

pour mettre en œuvre les dernières recommandations de l'OMS pour le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose chez les enfants



Recherches opérationnelles

produire des preuves scientifiques sur l'efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité des recommandations de l'OMS concernant la tuberculose chez les enfants



Plaidoyer

pour des réformes politiques nationales et des ressources suffisantes pour leur mise en œuvre



Les nouvelles recommandations clés de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la tuberculose pédiatrique

Des algorithmes de décision thérapeutique optimisés, basés sur les dernières preuves scientifiques, permettant de diagnostiquer la tuberculose chez les enfants en fonction des symptômes cliniques (avec ou sans radiographies) et d'initier un traitement chez les enfants même lorsque les tests de laboratoire, tels que bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) ou GeneXpert, ne sont pas disponibles ou ont des résultats non concluants ou négatifs.

Traitements curatifs courts, entièrement oraux (4 mois) pour la tuberculose non grave et pharmacosensible. Tous les enfants atteints de tuberculose non sévère, quel que soit leur âge, peuvent être traités par des traitements plus adaptés, plus courts et moins coûteux de 4 mois, plutôt que par le traitement standard de 6 mois.

Traitements curatifs courts, entièrement oraux (9 mois) pour la tuberculose pharmacorésistante. Tous les enfants atteints de tuberculose multirésistante, quel que soit leur âge, peuvent être traités par des traitements à base de bedaquiline et de delaminide, entièrement oraux, pendant 9 mois, plutôt que par le traitement standard de 18 mois qui pourrait inclure des injections quotidiennes douloureuses.^{4,5}

Traitement préventif oral de courte durée (3 mois), tel que 3HR et 3HP,* pour les enfants qui sont en contact familial avec une personne atteinte de tuberculose pharmacosensible. Ces schémas thérapeutiques sont plus pratiques et plus faciles à suivre que les traitements plus longs. L'OMS recommande la rifampicine pour tous les âges, ce qui signifie que le 3HP peut être utilisé pour tous les enfants, y compris ceux de moins de 2 ans. La rifampicine est disponible sous forme de comprimés dispersibles qui peuvent être utilisés avec les comprimés dispersibles d'isoniazide, garantissant des formulations adaptées aux enfants de tous âges. Pour les contacts familiaux d'une personne atteinte de tuberculose pharmacorésistante, l'OMS recommande 6 mois de lévofloxacine.⁶

⁴ WHO Rapid Communication: [Key updates to the treatment of drug-resistant tuberculosis: rapid communication](#), 2024

⁵ Guglielmetti L et al. endTB: nine-month, all-oral regimens for rifampin-resistant, fluoroquinolone-susceptible tuberculosis. N Engl J Med 2025

⁶ WHO consolidated guidelines on tuberculosis. [Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment, second edition](#), 2024

* 3HR = 3 mois d'isoniazide plus rifampicine tous les jours; 3HP = 3 mois d'isoniazide plus rifampicine une fois par semaine

FICHE DE PLAIDOYER PAYS

Les politiques nationales au Niger : analyse des lacunes pour les enfants atteints de tuberculose

Dans le cadre du projet TACTiC, les équipes MSF ont étudié l'alignement des politiques nationales pour la lutte contre la tuberculose avec les dernières recommandations de l'OMS pour la prise en charge de la tuberculose pédiatrique dans 14 pays, dont le Niger. La collecte des données a eu lieu entre octobre 2023 et mai 2024, et l'analyse s'est basée sur les versions préliminaires des politiques émises par le Programme National de Lutte Contre la Tuberculose (PNLT) du Niger en 2023. Les versions finales des politiques nationales ne sont pas encore publiées ni diffusées.

En dehors des politiques nationales pour la lutte contre la tuberculose, il y a très peu de visibilité sur la tuberculose pédiatrique dans les guides concernant les enfants en pédiatrie générale et les autres services pour les enfants, tels que les services nutritionnels et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), et dans le Plan Stratégique National de Survie de l'Enfant au Niger.

Le rapport TACTiC a été publié le 15 octobre 2024 et peut être téléchargé [ici](#).

Tableau de bord actualisé de l'enquête sur les politiques TACTiC pour le Niger

Dernière révision février 2025

DIAGNOSTIC

Le traitement de la tuberculose pharmacosensible chez l'enfant peut être instauré sans confirmation bactériologique ni radiographie thoracique (c-à-d sur la base d'une évaluation clinique uniquement)



Les algorithmes de décision thérapeutique de l'OMS sont inclus dans les documents de politique nationale



Le test Xpert MTB/RIF Ultra sur des échantillons de selles est inclus dans les lignes directrices nationales



PRÉVENTION

Les lignes directrices nationales recommandent les schémas 3HR ou 3HP comme options de TPT court pour les enfants de moins de 5 ans qui sont des contacts familiaux



Les lignes directrices nationales recommandent les schémas 3HR ou 3HP comme options de TPT court pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH



Le TPT peut être fourni aux enfants avec le VIH et aux enfants de moins de 5 ans sans test (TCT et/ou IGRA)



TRAITEMENT TB PHARMACOSENSIBLE

Les lignes directrices nationales prévoient un traitement de 4 mois pour les enfants et les adolescents atteints de tuberculose non sévère



Des formulations pédiatriques de HR, HRZ et d'éthambutol sont achetées



TRAITEMENT TB PHARMACORÉSISTANTE

Les lignes directrices nationales recommandent l'utilisation de la bédaquiline pour les enfants de tous âges atteints de tuberculose pharmacorésistante



Les lignes directrices nationales recommandent l'utilisation du délamanide pour les enfants de tous âges atteints de tuberculose pharmacorésistante



Les produits injectables ne sont pas recommandés pour les enfants atteints de tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine



Les formulations pédiatriques de bédaquiline et de délamanide sont achetées



Les formulations pédiatriques d'autres médicaments antituberculeux de deuxième ligne sont achetées



Les politiques nationales sont entièrement alignées avec l'OMS



Les politiques nationales sont partiellement alignées avec l'OMS



Les politiques nationales ne sont pas alignées avec l'OMS

FICHE DE PLAIDOYER PAYS

Le diagnostic de la tuberculose chez les enfants

Si un enfant présente des symptômes suggérant une tuberculose pulmonaire, les politiques de l'OMS proposent des algorithmes de décision de traitement optimisés pour les situations où la radiographie thoracique est disponible (algorithme A) et les situations où la radiographie thoracique n'est pas disponible (algorithme B).⁷ Ces algorithmes de l'OMS sont basés sur les dernières preuves scientifiques, pour aider les professionnels de santé à évaluer le risque relatif de l'enfant à contracter la tuberculose et à initier un traitement même lorsque les tests de laboratoire ne sont pas disponibles, non concluants ou négatifs **[Annexe 1]**.

Dans les directives nationales du Niger, bien que l'algorithme A (avec radiographie et Xpert) et l'algorithme B (sans radiographie et Xpert, avec BAAR) permettent d'initier un traitement chez un enfant présentant des signes évocateurs de tuberculose sur la base d'un système de notation, les algorithmes sont très conservatifs et peuvent rater nombreux enfants atteints de tuberculose **[Annexe 2]**. En plus, il n'est pas clair quelles données soutiennent les algorithmes dans les directives nationales, alors que les algorithmes de l'OMS sont basés sur les dernières preuves scientifiques. L'algorithme A du Niger demande qu'au moins deux critères soient positifs (radiographie et historique de contact) et les enfants avec radiographie compatible sont vus après 2 semaines s'il n'y a pas notion de cas contact. L'algorithme OMS vise à débiter le traitement si au moins un des critères est positif (bactériologie, historique de contact, score clinique). En plus, l'algorithme A du Niger ne prend pas en compte les facteurs de risque. Malgré des images caractéristiques de la TB il faut confirmer une notion de contagion pour faire le score, alors que souvent cette réponse est difficile à obtenir étant donné que la plupart des enfants sont accompagnés par une tierce personne autre que le parent direct, ou certains stigmas en lien avec la pathologie qui font que certains parents préfèrent de ne pas révéler cette information.



Les données des établissements soutenus par MSF qui mettent en œuvre les algorithmes de décision thérapeutique recommandés par l'OMS montrent une augmentation de 1,5 à 5 fois du nombre d'enfants diagnostiqués avec la tuberculose lorsqu'ils utilisent les algorithmes de l'OMS.^{8,9}

Les résultats préliminaires d'une étude MSF en cours dans 5 pays africains sur la mise en œuvre des algorithmes de décision de traitement recommandés par l'OMS montrent que jusqu'à 80 % des enfants qui ont commencé un traitement contre la tuberculose ont été diagnostiqués avec les scores cliniques ou clinico-radiologiques des algorithmes.¹⁰

Données programmatiques des équipes MSF au Niger: les algorithmes de décision thérapeutique recommandés par l'OMS multiplient 3.6 fois le taux de détection des cas de tuberculose pédiatrique parmi les enfants avec malnutrition aiguë sévère.

Au cours des 12 mois suivant la mise en œuvre de l'algorithme, la proportion d'enfants avec malnutrition aiguë sévère (MAS) admis sous traitement antituberculeux est augmentée de 0,6% à 2,2%.

⁷ WHO operational handbook on tuberculosis. Module5: Management of tuberculosis in children and adolescents. 2022, [Annex 5. Treatment Decision Algorithms](#)

⁸ Armour-Marshall et al. TB diagnosis in children with severe acute malnutrition using the 2022 WHO algorithms in nutrition insecure contexts. World Conference on Lung Health 2024 of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 12 – 16 November 2024, Bali, Indonesia

⁹ Chara et al. Impact on paediatric TB diagnosis of implementing the new WHO Treatment Decision Algorithms in an MSF nutritional centre, Maiduguri, Nigeria. World Conference on Lung Health 2024 of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 12 – 16 November 2024, Bali, Indonesia

¹⁰ Huerga et al. How accurate are new diagnostic TB algorithms in children? Interim results from a Médecins Sans Frontières study in 5 countries. World Conference on Lung Health 2024 of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 12 – 16 November 2024, Bali, Indonesia

FICHE DE PLAIDOYER PAYS

La prévention de la tuberculose chez les enfants

Les politiques nationales du Niger recommandent le 3HR (3 mois isoniazid et rifampicin) comme option de traitement TPT de courte durée pour les enfants de moins de 5 ans qui sont des contacts familiaux d'une personne atteinte de tuberculose et qui sont éligibles au traitement TPT. Cependant, les politiques ne recommandent pas l'utilisation du 3HR pour les enfants vivant avec le VIH, mais un traitement préventif utilisant l'isoniazide pour 6 mois (6IPT). Une analyse systématique du 3HR par rapport à 6IPT ou 9IPT chez les enfants de moins de 15 ans a montré que l'adhérence était significativement meilleure avec 3HR que 6IPT ou 9IPT. Aucun effet indésirable grave lié au médicament n'a été signalé et le risque des effets secondaires était plus faible chez les enfants traités avec une thérapie 3RH par rapport à une monothérapie 9IPT.¹¹

Le traitement de la tuberculose chez les enfants

Historiquement, les enfants atteints de formes de tuberculose pharmacosensible étaient traités avec un schéma thérapeutique antibiotique de 6 mois. Cependant, l'étude SHINE de 2022 a montré qu'un schéma thérapeutique plus court de 4 mois fonctionnait aussi bien que le schéma thérapeutique de 6 mois pour les enfants atteints de formes non graves de la tuberculose.¹² En conséquence, les nouvelles politiques de l'OMS recommandent ce schéma thérapeutique court et entièrement oral, composé de 2 mois d'isoniazide, de rifampicine et de pyrazinamide, avec ou sans éthambutol, suivi de 2 mois d'isoniazide et de rifampicine (2HRZ(E)/2HR), pour tous les enfants de plus de 3 mois atteints de tuberculose s'il n'y a pas de suspicion ou preuve de résistance aux médicaments. La politique nationale du Niger recommande le schéma thérapeutique de 4 mois pour les enfants et les adolescents atteints de DS-TB non grave, et le PNLT a indiqué que des formulations pédiatriques de HR, HRZ et éthambutol sont achetées.

La bédaquiline et le délamanide ont été commercialisés pour la première fois en 2012 et 2014 respectivement, transformant les résultats des traitements pour les adultes atteints de TB-MR/RR. La bédaquiline est devenue la pierre angulaire des schémas thérapeutiques par voie orale longs et courts pour la TB-MR/RR, tandis que le délamanide est essentiel pour les schémas thérapeutiques par voie orale longs pour les personnes présentant une résistance additionnelle aux fluoroquinolones. L'OMS a progressivement modifié ses recommandations afin d'élargir les classes d'âge éligibles aux traitements contenant de la bédaquiline et du délamanide, au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles données. Avec les recommandations de l'OMS en 2022 et une nouvelle communication rapide de l'OMS, publiée en 2024, tous les enfants quel que soit leur âge peuvent bénéficier de bédaquiline et delamanide dans le cadre de schémas thérapeutiques oraux courts.⁴

Les politiques nationales recommandent un traitement par un schéma thérapeutique oral à base de bédaquiline pour tous les âges, mais l'utilisation du délamanide est limitée aux enfants de plus de 3 ans.

Dans les politiques nationales, le régime court oral A contenant la bédaquiline s'applique dans des conditions programmées aux patients avec la tuberculose résistante à la rifampicine et après avoir exclu la résistance aux FQ, comprenant linézolide, isoniazide à haute dose, prothionamide, lévofloxacine à haute dose, bédaquiline, clofazimine et pyrazinamide pendant 4 mois (6 mois si conversion retardée au 4e mois de traitement), suivi de 5 mois de traitement par lévofloxacine à haute dose, bédaquiline, clofazimine et pyrazinamide (4-6 Lzd-Hh-Pto-Lfxh-Bdq-Cfz-Z/5 Lfxh-Bdq-Cfz-Z). Ce régime est applicable à tout âge.

Le régime court oral B s'applique dans des conditions programmées aux patients avec la tuberculose résistante à la rifampicine et avec résistance confirmée ou inconnue aux FQ, comprenant linézolide, isoniazide à forte dose, bédaquiline, délamanide, clofazimine et pyrazinamide pendant 4 mois (6 mois si conversion retardée au 4e mois de traitement) suivis de 5 mois de traitement par bédaquiline, délamanide, clofazimine et pyrazinamide (4-6 Lzd-Hh-Bdq-Dlm-Cfz-Z/5 Bdq-Dlm-Cfz-Z). Ce régime est applicable chez l'enfant à partir de 3 ans.

Les entretiens avec le PNLT en 2024 ont indiqué que le pays achète des formulations pédiatriques de bédaquiline, mais pas de formulations pédiatriques de délamanide.

⁴ WHO Rapid Communication: [Key updates to the treatment of drug-resistant tuberculosis: rapid communication](#), 2024

¹¹ Assef et al. 2018. 3-month daily rifampicin and isoniazid compared to 6- or 9-month isoniazid for treating latent tuberculosis infection in children and adolescents less than 15 years of age: an updated systematic review. *Eur Respir J*. 52:1800395.

¹² Turkova A, Wills GH, Wobudeya E, et al for the SHINE trial team. 2022. Shorter treatment for nonsevere tuberculosis in African and Indian children. *N Engl J Med*. 386:911-922

FICHE DE PLAIDOYER PAYS

APPEL À L'ACTION

Médecins Sans Frontières (MSF)

- En collaboration avec le PNLT, mener des recherches opérationnelles pour générer des données sur les performances, l'impact clinique et la faisabilité de la mise en œuvre des algorithmes de décision de traitement recommandés par l'OMS dans les contextes locaux au Niger.
- Soutenir le PNLT et les acteurs nationaux dans la mise en œuvre de schémas thérapeutiques plus courts pour la tuberculose sensible et résistante aux médicaments chez l'enfant.
- Soutenir le PNLT dans l'amélioration et le renforcement de la stratégie d'investigation des sujets contacts parmi les enfants qui ont été exposés à une personne atteinte de la tuberculose pulmonaire bactériologiquement active.

Le Ministère de la Santé

- Mettre à jour les politiques nationales à travers le PNLT, grâce à des communications rapides pour les aligner à 100% sur les dernières recommandations de l'OMS, notamment:
 1. Les algorithmes de décision thérapeutique recommandés par l'OMS
 2. 3HR comme option pour le traitement préventif de la tuberculose (TPT) chez les enfants atteints du VIH
 3. 3HP comme option pour le TPT chez les enfants <5 ans et les enfants atteints du VIH
 4. Les schémas thérapeutiques courts entièrement oraux à base de délamanide peuvent être administrés à tous les enfants atteints de tuberculose pharmacorésistante, quel que soit leur âge
- Inclure le diagnostic et les soins pour la tuberculose dans les politiques nationales pour les autres programmes nationaux visant les enfants en dehors de la TB, par exemple la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant (PCIME), entre autres.
- Élaborer des plans nationaux comprenant des interventions et d'engagement dans la lutte antituberculeuse axée sur la pédiatrie, en définissant des indicateurs de performance clés spécifiques sur l'accès au diagnostic, au traitement et à la prévention de la tuberculose chez les enfants, conformément aux engagements pris lors de la Réunion de Haut Niveau des Nations Unies en 2023.
- Donner la priorité à la tuberculose pédiatrique dans les plans stratégiques nationaux, les processus de suivi et de responsabilisation, et veiller à ce que des ressources suffisantes soient allouées à la tuberculose pédiatrique dans les budgets nationaux et les demandes de financement des donateurs.
- Soutenir les modèles de soins centrés sur la famille et la communauté pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose chez les enfants, y compris l'intégration avec d'autres programmes de services pour la santé maternelle et infantile – telles que les soins prénatals, la vaccination, la nutrition et les programmes de lutte contre le VIH.
- Assurer des services collaboratifs et des liens entre les programmes de lutte contre la tuberculose pédiatrique et les programmes de nutrition.

Le Fond Mondial et les autres donateurs

- Soutenir le PNLT et ses partenaires pour intensifier les interventions de lutte contre la tuberculose pédiatrique dans le cadre des demandes de financement.
- Soutenir le PNLT et ses partenaires avec un financement ciblé pour la mise à jour et la mise en œuvre des politiques nationales, dans les cycles de financement traditionnels et non-traditionnels.
- Soutenir le PNLT et ses partenaires avec un financement ciblé pour garantir un nombre suffisant d'agents de santé communautaires pour le dépistage à domicile ainsi que le TPT et la nourriture pour la famille d'une personne diagnostiquée avec la tuberculose.

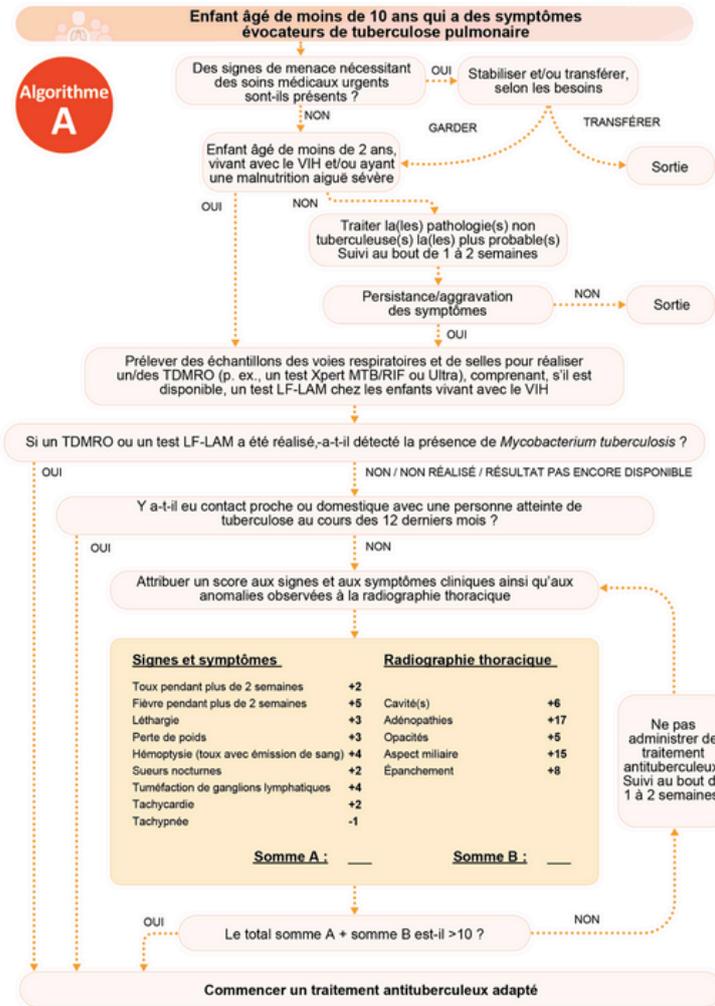
Sociétés civiles et les communautés affectées

- Plaidoyer auprès du PNLT, et les autres programmes nationaux visant les enfants comme la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle, le Programme National de Lutte contre le Paludisme, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant (PCIME), et ses partenaires pour que les politiques nationales soient pleinement alignées sur les dernières politiques de l'OMS pour la prise en charge de la tuberculose chez les enfants.
- Plaidoyer en faveur de plans nationaux ambitieux pour la tuberculose pédiatrique, et des réformes politiques conformes aux dernières directives de l'OMS, et de leur mise en œuvre dans les plans stratégiques nationaux et provinciaux, et dans les demandes de financements.
- Suivre la mise en œuvre des politiques nationales au niveau des établissements de santé.
- Défendre les enfants atteints de la tuberculose dans les forums de gouvernance nationaux existants, y compris les mécanismes de coordination nationaux et les cadres de responsabilisation multisectoriels.

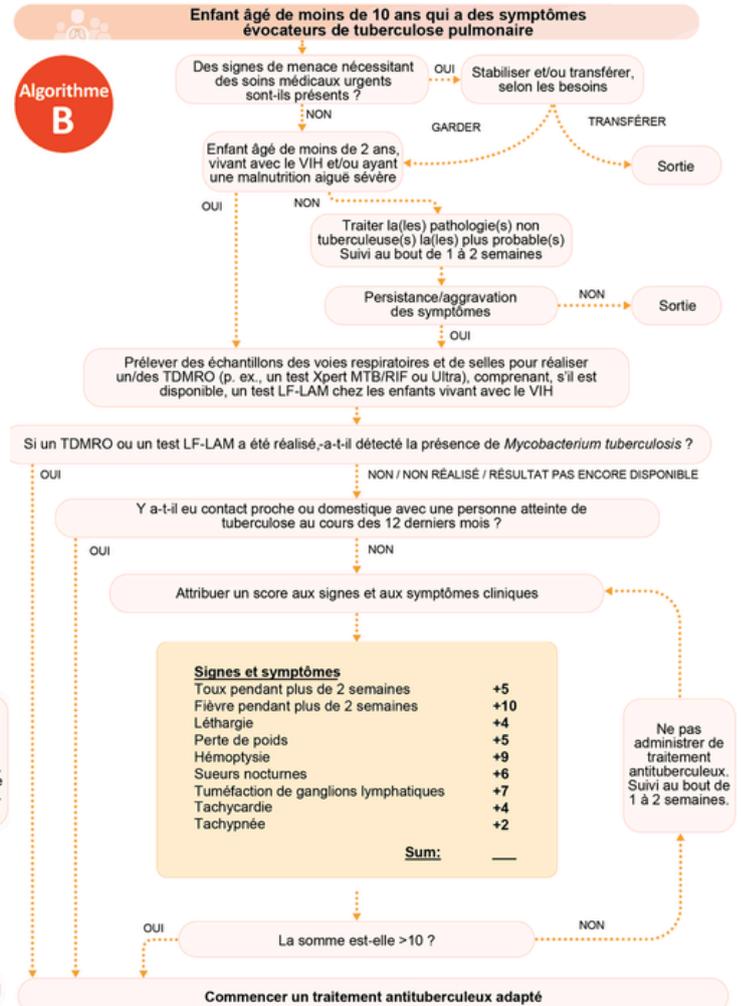
FICHE DE PLAIDOYER PAYS

ANNEXE 1. Les algorithmes de décision thérapeutique recommandés par l'OMS⁹

Algorithme A (pour les situations où la radiographie thoracique est disponible)



Algorithme B (pour les situations où la radiographie thoracique n'est pas disponible)

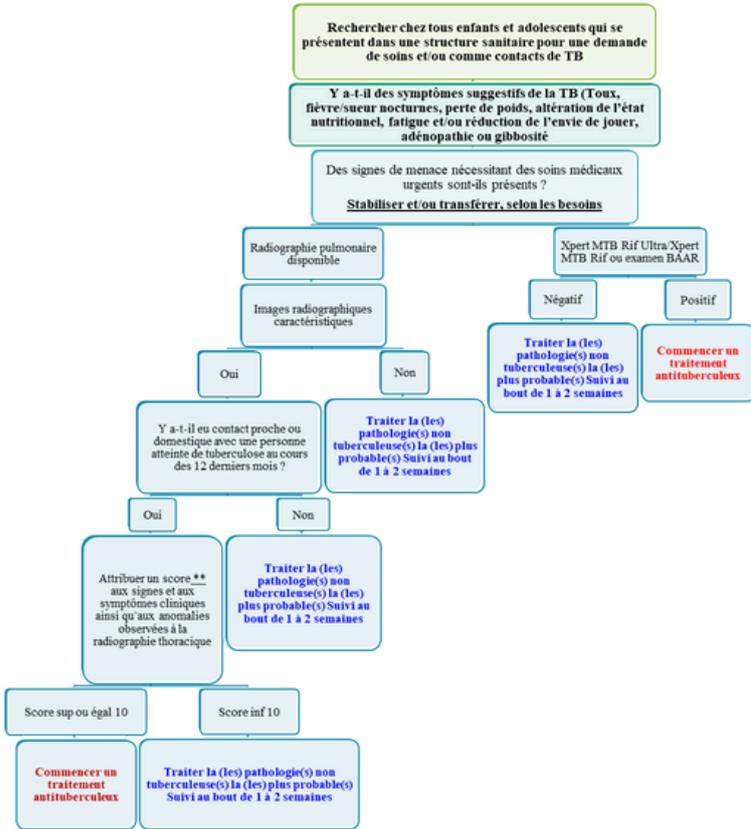


⁹ World Health Organization, Global Tuberculosis Report 2024, Operational Handbook, [Annex 5. Treatment Decision Algorithms](#)

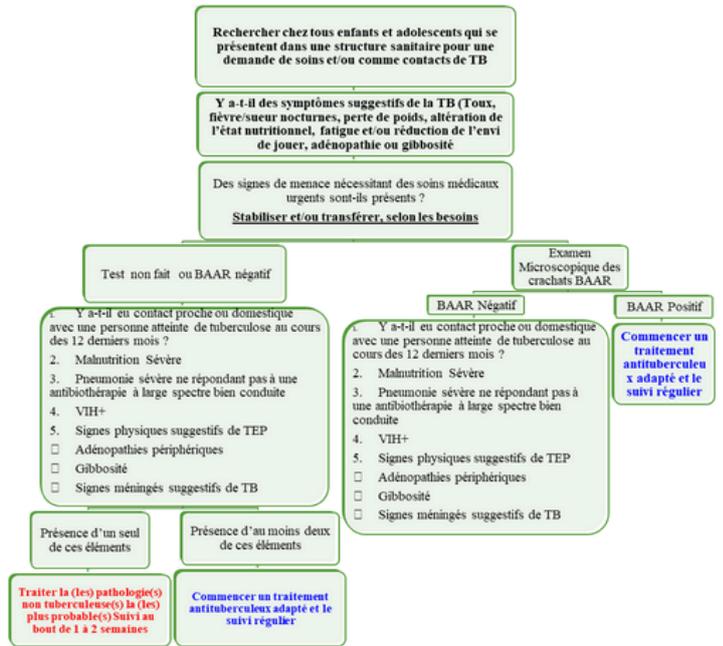
FICHE DE PLAIDOYER PAYS

ANNEXE 2. Les algorithmes de décision thérapeutique dans les directives provisoires du Niger

Algorithme A (pour les situations où la radiographie thoracique est disponible)



Algorithme B (pour les situations où la radiographie thoracique n'est pas disponible)



Signes et symptômes	Radiographie thoracique
Toux pendant plus de 2 semaines	+2
Fièvre pendant plus de 2 semaines	+5
Léthargie	+3
Perte de poids	+3
Hémoptysie (toux avec émission de sang)	+4
Sueurs nocturnes	+2
Tuméfaction de ganglions lymphatiques	+4
Tachycardie	+2
Tachypnée	-1
Somme A :	Somme B :

FICHE DE PLAIDOYER PAYS

GLOSSAIRE DES SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES

3HR 3 mois d'isoniazide plus rifampicine

3HP 3 mois d'isoniazide plus rifapentine

HRZ isoniazide, rifampicine et pyrazinamide

6IPT 6 mois d'isoniazide

9IPT 9 mois d'isoniazide

2HRZ(E)/2HR 2 mois d'isoniazide, de rifampicine et de pyrazinamide, avec ou sans éthambutol, suivi de 2 mois d'isoniazide et de rifampicine

4-6 Lzd-Hh-Pto-Bdq-Cfz-Z / 5 Lfxh-Bdq-Cfz-Z

linézolide, isoniazide à haute dose, prothionamide, lévofloxacine à haute dose (LFXh), bédaquiline, clofazimine et pyrazinamide pendant 4 mois (6 mois si conversion retardée au 4e mois de traitement), suivi de 5 mois de traitement par lévofloxacine à haute dose, bédaquiline, clofazimine et pyrazinamide

4-6 Lzd-Hh-Bdq-Dlm-Cfz-Z/5 Bdq-Dlm-Cfz-Z

linézolide, isoniazide à forte dose, bédaquiline, délamanide, clofazimine et pyrazinamide pendant 4 mois (6 mois si conversion retardée au 4e mois de traitement) suivis de 5 mois de traitement par bédaquiline, délamanide, clofazimine et pyrazinamide