

Traduction de

*LA IMPORTANCIA DE UNA ADHERENCIA
CORRECTA AL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO,*

Eva Maria Guix Comellas, Enriqueta Force Sanmartín,
Librada Rozas Quesada et Antoni Noguera Julian

Extrait de la revue infirmière *ROL*

Travail de fin d'études de traduction

Apolline MOUTON

4^e année (2014-2015)

Claude-Brigitte CARCENAC

Traduction et Interprétation

Facultad de Educación, Traducción y Ciencias Humanas

Universidad de Vic

15 mai 2015

Table des matières

| | |
|--|-------|
| Introduction | p. 3 |
| 1. Partie théorique | p. 4 |
| 1.1. Introduction à la traduction spécialisée..... | p. 4 |
| 1.2. Prérequis à la traduction..... | p. 5 |
| 1.2.1. Tonalité du texte et public visé..... | p. 5 |
| 1.3. Préparation à la traduction | p. 5 |
| 1.3.1. Recherche documentaire | p. 5 |
| 1.3.2. Recherche terminologique et phraséologique..... | p. 6 |
| 1.4. Conseils de traduction..... | p. 7 |
| 1.4.1. Pièges à éviter..... | p. 7 |
| 1.4.2. Erreurs rédhibitoires | p. 8 |
| 1.4.3. Règles d'écriture et de grammaire | p. 10 |
| 2. Partie pratique..... | p. 12 |
| 2.1. Traduction..... | p. 12 |
| 2.2. Commentaire de traduction..... | p. 31 |
| 2.2.1. La siglaison..... | p. 31 |
| 2.2.2. La polysémie | p. 31 |
| 2.2.3. Les procédés de traduction | p. 32 |
| 2.2.4. Terminologie du domaine..... | p. 33 |
| 2.2.5. Anglicismes | p. 34 |
| 2.2.6. Faux amis | p. 34 |
| 2.2.7. Ordre canonique des mots | p. 35 |
| 2.2.8. Synonymes | p. 36 |
| 2.2.9. Grammaire | p. 36 |
| 2.2.10. Style | p. 37 |
| 2.3. Glossaire | p. 37 |
| Conclusion | p. 39 |
| Bibliographie..... | p. 40 |
| Annexe | p. 42 |

Introduction

Ce travail de fin d'études consiste en la traduction de l'article *La importancia de una adherencia correcta al tratamiento antituberculoso* (Eva Maria Guix Comellas, Enriqueta Force Sanmartín, Librada Rozas Quesada et Antoni Noguera Julian) de la revue infirmière ROL¹. Cette revue est de type technico-professionnel dans le sens où elle s'adresse aux professionnels exerçant le métier d'infirmier dans le but de contribuer à leur formation continue. L'article à traduire est une présentation complète et actualisée de la tuberculose réalisée par des spécialistes de la médecine certifiant d'un diplôme d'infirmier. Du point de vue de la traduction, l'intérêt est de constater la difficulté qui relève des textes spécialisés et notamment médicaux en ce qui nous concerne. Par conséquent, l'objectif de la partie théorique sera de déterminer comment aborder au mieux un texte médical et de déceler les problèmes que pose ce type de traduction spécialisée. Une fois ces aspects théoriques traités, la partie pratique consistera en la traduction et son commentaire de cet article abordant le traitement de la tuberculose.

A titre d'information et de rappel, la tuberculose est « une maladie contagieuse et inoculable qui est due à une bactérie appartenant à l'espèce *Mycobacterium tuberculosis* » (Source GDT). De manière générale, cette maladie infectieuse attaque les poumons en provoquant chez les patients atteints une perte de poids et l'apparition de fièvre notamment. Avec 9 millions de personnes ayant développé la maladie et 1,5 million qui en sont décédées en 2013 ; la tuberculose est la deuxième maladie la plus meurtrière au monde après le VIH/sida (Source OMS).

L'orientation de mon choix pour ce travail de fin d'études s'explique par ma volonté de me spécialiser, une fois diplômée, dans la traduction médicale. Cette étude, une fois menée à bien, constituera ainsi une des preuves permettant de légitimer mes compétences, théoriques et pratiques, dans le domaine. De plus, je trouve pertinent d'étudier un article spécialisé qui traite une des maladies les plus graves aujourd'hui afin d'enrichir mes connaissances personnelles en affinant mon approche à la traduction médicale.

¹ Revue mensuelle, éditée depuis 1978 par Rol, S.A., siégeant à la fois à Barcelone et à Mexico ce qui en fait une revue très connue du monde hispanique. D'après la Fundación Index, elle est répertoriée parmi les revues infirmières les plus lues. La « Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería, UESCE (Union Espagnole de Sociétés Scientifiques d'Infirmierie) a même décidé de lui attribuer le prix UESCE 2011, la considérant comme meilleure revue infirmière.

1. Partie théorique

1.1 Introduction à la traduction spécialisée

« Qu'est-ce que traduire ? D'après Larousse, c'est l'énonciation dans une autre langue (ou langue cible) de ce qui a été formulé dans une langue (la langue source), en conservant les équivalences sémantiques et stylistiques » (Source CapMundi). En d'autres termes, traduire c'est restituer un message en conservant le sens du texte de départ et le style de l'auteur autrement dit son intention.

Que traduire ? Il convient de distinguer la traduction générale de la traduction spécialisée. En effet, si la première requiert, à titre d'exemple, d'être capable de traduire des expressions idiomatiques ou encore des proverbes afin que le lecteur ne s'aperçoive pas qu'il est en train de lire une traduction ; au contraire la seconde nécessite de respecter tant la terminologie adaptée au domaine de spécialité que la phraséologie qui se rapporte à celui-ci afin que le lecteur puisse devenir acteur.

En effet, comme le fait remarquer Christine Durieux (2010 : 31), en traduction spécialisée, « le destinataire de la traduction produite n'en est pas seulement un lecteur [tel est le cas en traduction générale], il en est aussi un utilisateur ». Que la traduction soit de type juridique, technique ou encore médical, le traducteur doit permettre, selon Christine Durieux (2010 : 31-32), à « l'utilisateur de la traduction de lire, comprendre le texte, puis **d'agir en conséquence** » autrement dit, en traduction spécialisée, chaque mot a son importance et, encore plus qu'en traduction générale, nulle place n'est possible pour un contresens. En effet, imaginons qu'un traducteur fasse un contresens sur un texte de divulgation expliquant la conduite à tenir au patient, c'est alors le traducteur qui de par son erreur met en danger une opération ou peut-être même la vie d'un patient, d'où l'importance de la préparation à la traduction.

Comment procéder pour réussir une bonne traduction spécialisée ? L'objectif de la partie théorique est donc de détailler chacune des étapes préalables et indispensables à la traduction. Il est à noter que ces explications seront plus précisément adaptées à la traduction médicale.

1.2 Les prérequis à la traduction

1.2.1. Tonalité du texte et public visé

Comme il a été mentionné précédemment traduire c'est retranscrire **fidèlement** un message dans une langue cible. Toutefois, il convient de ne pas oublier de mentionner que passer d'une langue à une autre nécessite de s'adapter sur certains points.

Tout d'abord, il convient de se demander quelle est la tonalité du texte autrement dit de savoir si le texte médical est un texte de divulgation ou au contraire un texte spécialisé. Le type du texte définira la manière par laquelle il convient de s'exprimer et quel est le public visé. En effet, alors que les textes de divulgation requièrent un langage simple, clair tout en privilégiant les euphémismes car ils se dirigent au grand public au contraire les textes spécialisés impliquent de recourir au jargon utilisé par les professionnels du domaine, tel est le cas dans notre texte, car ce sont des textes qui permettent à la communauté scientifique de communiquer ; plus la terminologie est précise, concise et spécialisée plus les diagnostics, les cas cliniques peuvent être étudiés scrupuleusement. En résumé, comme le mentionne à juste titre Jean Claude Margot (1979 : 302), « on s'efforce constamment de recourir au niveau de langage fonctionnellement le plus adapté au public visé c'est-à-dire le langage offrant les meilleures chances de bonne communication et de communication intégrale du message ».

1.3. Préparation à la traduction

1.3.1. Recherche documentaire

Rappelons qu'être traducteur ne signifie pas être expert dans les domaines spécialisés. Toutefois, comme le souligne de manière pertinente Nicole Keller (2011 : 235) dans un article sur la traduction de textes spécialisés et plus précisément médicaux publié dans la revue Panace@, une bonne traduction implique pour le traducteur d'être capable de se familiariser rapidement et efficacement à de nouveaux thèmes ; n'oublions pas de rappeler que l'un des obstacles majeurs de la profession est de devoir traduire sans cesse contre la montre.

Comment ? Avant de traduire un texte spécialisé, il convient de comprendre ce dont il s'agit. Pour ce faire, le traducteur se lance dans une recherche documentaire afin de comprendre le thème général du texte et les concepts/notions qui peuvent en découler. Cette recherche documentaire consiste à trouver des documents/publications fiables

(Ministère de la Santé, OMS, revues scientifiques, rapports de médecins...) dans la langue source et dans la langue cible car ces ressources pourront être réutilisées ensuite pour la recherche terminologique. J'ai donc sélectionné un exemple, dans chaque langue, de supports permettant de m'aider pour la traduction qui fera l'objet de la partie pratique dans le but de résoudre d'ores et déjà certains problèmes de traduction². En effet, le PowerPoint choisi dans la langue cible permet de contextualiser en français le thème et de déterminer quelle est la terminologie du domaine. Quant au support espagnol, il permet d'apporter de l'information supplémentaire et notamment du point de vue opposé, autrement dit même si notre texte à traduire traite l'observance du traitement antituberculeux celui-ci aborde également la non observance, ainsi, grâce au supplément d'information trouvé et la vue d'ensemble sur le sujet, le traducteur est certain d'avoir compris ce dont il s'agissait. Une fois que le traducteur est globalement capable d'expliquer le sujet qu'il va traiter alors il va pouvoir passer à l'étape suivante : celle de trouver les mots justes pour que son lecteur comprenne ce dont il parle. En effet, Christine Durieux (2010 : 32) expose : « pour que la traduction produite puisse remplir sa mission fonctionnelle, la démarche de mise en œuvre par le traducteur doit s'articuler en deux temps majeurs : comprendre le texte original pour le faire comprendre à l'utilisateur de la traduction ».

1.3.2. Recherche terminologique et phraséologique

Comme il a été mentionné précédemment, une fois que le traducteur est en mesure de comprendre le sens du texte, la seconde étape avant la traduction proprement dite consiste à identifier la terminologie et la phraséologie propre au thème choisi. Pour ce faire, le traducteur repère dans les textes sélectionnés pour la recherche documentaire les termes spécialisés et récurrents dans le domaine, à la fois dans la langue source et surtout dans la langue cible. De plus, sachant que le texte choisi se dirige à une communauté de professionnels, il est nécessaire d'unifier terminologie et phraséologie du domaine en d'autres termes il convient de savoir quel est le jargon utilisé par les spécialistes ; seule la terminologie médicale dans un contexte général n'aurait aucun sens. Maurice Rouleau (1995 : 31) va dans ce sens quand il dit : « si [un traducteur] veut articuler son texte à la façon d'un spécialiste, [il] doit fréquenter assidûment les textes médicaux ». Illustrons notre propos avec l'exemple de « la adherencia al tratamiento ».

² [www.who.int/hiv/amds/1\)Nfor.ppt](http://www.who.int/hiv/amds/1)Nfor.ppt)
http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000600003&script=sci_arttext

Si un non spécialiste pourrait traduire maladroitement cette idée par « l'adhérence au traitement » qui en terme de transparence linguistique pourrait se comprendre, le traducteur médical en s'inspirant de ses recherches, reformulerait au contraire l'idée de la façon suivante : « l'observance au traitement » tel que le fait l'OMS par exemple par le biais du PowerPoint susmentionné et se rapportant à l'observance au traitement antituberculeux et antipaludique notamment.

1.4. Conseils de traduction

1.4.1. Pièges à éviter

Au moment de traduire, même une fois les recherches documentaire et terminologique menées à bien, le traducteur se trouve face, à un moment donné, à des pièges lexicaux/sémantiques dus aux spécificités et subtilités de la langue source et/ou cible qu'il ne connaît pas forcément. Par conséquent, voici un rappel des principaux pièges qu'il est bon de garder en tête pour la traduction à venir.

Comme le précise Maurice Rouleau (1995 : 36) de façon pertinente, notamment à travers ses exemples, il est très important de savoir en langue médicale dans quels cas utiliser l'adjectif de relation et dans quels cas préférer le groupe prépositionnel (GP) car si dans certains cas l'adjectif de relation et le GP sont interchangeables dans d'autres ils ne le sont pas et même si leur non-interchangeabilité ne change en rien le sens il faut simplement s'en tenir à l'usage car c'est ce qui fait foi et ce qui montre la maîtrise de la traduction spécialisée. Prenons un exemple phare de notre texte, celui de « tratamiento antituberculoso ». Même si, au regard des sources consultées (HAS, OMS notamment), il est communément admis de parler de « traitement de la tuberculose » comme de « traitement antituberculeux » il semblerait que la tendance veuille, dans un contexte spécialisé, utiliser le second terme ; rappelons que le langage des spécialistes est un langage concis. Quelle méthode utiliser pour choisir le terme adéquat ? Le seul moyen pour le traducteur de ne pas se faire piéger est de se référer aux dictionnaires médicaux qui dans la majorité des cas répertorient les termes figés (substantif + GP).

De plus, toujours dans le souci de traduire une langue de spécialité, le traducteur doit recourir aux adjectifs construits en hypallage quand il le faut. En effet, par souci de concision et d'efficacité, le traducteur se doit d'aller droit au but et donc d'utiliser le langage elliptique des spécialistes. Ainsi, par exemple, comparons les deux collocations

suivantes : « infection vaginale » et « hystérectomie vaginale ». Dans le premier cas, de façon explicite il s'agit d'une infection du vagin, dans le second, de par ce langage elliptique voulu par les spécialistes il s'agit d'une hystérectomie non pas du vagin mais par voie vaginale. En conclusion, si le traducteur préférerait expliciter ce qu'il est en train de dire ; son rôle est constamment de se rappeler comme le mentionne à juste titre Maurice Rouleau (1995 : 39) : « qu'apprendre une langue de spécialité c'est, bien à des égards, apprendre une langue étrangère » et qu'explicitement les termes serait se présenter comme un non-spécialiste et faire une traduction générale.

Par ailleurs, le traducteur se retrouve souvent face à des syntagmes formés de plusieurs adjectifs et maintes fois il ne sait quel ordre définir. Si la règle veut que l'on détermine avant de qualifier, en d'autres termes placer, les qualités essentielles avant celles accessoires il faut, en réalité, se conformer à l'usage, à la façon dont les utilisateurs ont recouru à ce terme. Ainsi, si le traducteur aurait tendance à écrire, dans le cas suivant, « concentration inhibitrice minimale » de par la règle susmentionnée ; l'usage tel que consigné dans les dictionnaires médicaux notamment lui indiquera que les spécialistes parlent de « concentration minimale inhibitrice » et lui permettra ainsi d'éviter que le sens du syntagme soit altéré.

En conclusion, l'essentiel est de retenir que l'important réside dans l'usage, la pratique de la langue par les spécialistes et que nombre des usages sont consignés dans les dictionnaires médicaux.

1.4.2. Erreurs rédhitoires

Après avoir montré que le traducteur se doit d'éviter quelques pièges qui résident dans la subtilité même de la construction de la langue médicale pour que sa traduction soit digne de la rédaction d'un texte par un spécialiste, désormais il convient de rappeler à juste titre quelques erreurs absolument intolérables dans un texte médical. Tout d'abord, même si ce premier point semble évident pour le langagier qu'est le traducteur, il semble important de le rappeler. En effet, chercher un équivalent dans la langue cible ne signifie pas qu'un mot équivaut uniquement à un autre et qu'une simple recherche dans un dictionnaire bilingue conviendrait. Bien au contraire, le traducteur cherche l'équivalence qui correspond à son domaine de spécialité et à son contexte et s'il ne trouve pas un terme équivalent qui le satisfait pour traduire correctement son idée alors il s'engage à en trouver un qui soit adéquat, comme l'évoque très judicieusement

Christine Durieux (2010 : 34) : « les choix traductologiques ne se limitent pas aux correspondances proposées par les dictionnaires bilingues, si prestigieux soient-ils ». Ainsi, prenons l'exemple d'un verbe qui, lorsqu'il se trouve en contexte médical, nécessite de faire un choix traductologique : il s'agit du verbe espagnol « controlar (la enfermedad) ». Si ce verbe, lorsqu'il est en contexte général peut se traduire par « contrôler, diriger, surveiller, régler, manipuler » en réalité tous ces verbes ne s'adaptent pas nécessairement au contexte médical. Par conséquent, même si l'on comprend que le sens est proche, il conviendrait davantage de le traduire par contrôler lorsqu'il s'agit de « contrôler une maladie » mais plutôt par « maîtriser » lorsqu'il s'agit d'une infection.

Ce premier piège mentionné va dans le sens du second dans la mesure où trouver un équivalent adéquat, en ayant recours à un dictionnaire spécialisé, en ayant consulté des sites de références et en ayant réfléchi à un choix traductologique cohérent, permet d'éviter les erreurs de traduction les plus rédhibitoires; celles qui transforment la traduction en un texte très médiocre voire un texte dénué de sens. Dans le cas de la traduction médicale, on dénombre, parmi les plus graves :

- le contresens : erreur consistant à fournir une interprétation opposée à la véritable signification et ce débouchant sur une traduction erronée,
- le faux sens : erreur consistant à interpréter de manière erronée le sens précis d'un mot dans un texte,
- l'omission : le traducteur n'a pas traduit un élément du texte source.

Rappelons que la présence d'une de ces erreurs dans une traduction médicale, au-delà d'en altérer le sens, peut porter atteinte à la vie d'un patient.

En revanche, il n'en demeure pas moins que d'autres erreurs courantes telles que le barbarisme (formation d'un mot inexistant dans la langue cible), le solécisme (construction d'une syntaxe non conforme aux règles de la syntaxe propre à la langue cible) ou encore le calque (traduction littérale de la langue source à la langue cible) n'altèrent pas forcément le sens du texte mais montrent que le traducteur ne connaît pas suffisamment les codes de la langue spécialisée dans laquelle il traduit.

En outre, afin de montrer que le traducteur est un langagier qui travaille méthodiquement, il convient, au moment de traduire, de garder en tête que la polysémie

est un piège qui accapare tous les textes spécialisés. En effet, la polysémie se caractérise par la possibilité pour un même terme de disposer de plusieurs sens ; il est à noter que les mots les plus fréquemment utilisés sont le plus souvent polysémiques. Par conséquent, il se peut qu'un terme qui soit polysémique, lorsqu'il se trouve en contexte spécialisé se traduise par le sens spécialisé qui lui est attribué mais aussi qu'il conserve son sens général (tel est le cas de « contrôler » que nous venons de mentionner auparavant). Prenons désormais l'exemple de « condition ». A première vue, ce terme anglais semble transparent pour un locuteur espagnol ou français et pourtant lorsque « condition » se trouve en contexte médical, il fait référence à une maladie. Ce concept de polysémie peut donc être mis en parallèle avec celui des faux amis, tous ces mots qui, de par leur ressemblance graphique ou phonique, nous font penser qu'ils ont le même sens dans notre langue maternelle ; le terme « adherencia » peut être de nouveau mentionné ici pour illustrer cette idée.

1.4.3. Règles d'écriture et de grammaire

Enfin, il semble qu'une traduction, générale ou spécialisée, ne peut être de bonne qualité que lorsqu'elle tient compte des règles d'écriture et de grammaire propres à la langue cible. Tout d'abord, il convient de rappeler à juste titre l'importance de certaines règles d'écriture de base telles que la ponctuation et l'écriture des chiffres. Alors que l'espagnol ne place aucun espace avant le signe de ponctuation rappelons que le français place un espace avant certains d'entre eux. Quant à l'écriture correcte des chiffres, alors que le français accorde une virgule pour séparer le nombre entier de sa partie décimale l'espagnol accorde plus généralement un point.

En ce qui concerne les règles de grammaire, il semble important de mettre l'accent sur deux points essentiels que sont la voix passive et l'utilisation de l'article. En effet, alors que l'espagnol utilise rarement la voix passive et préférera la remplacer par des formes réfléchies notamment, au contraire le français l'utilisera davantage sans inconvénient. Quant à l'utilisation de l'article, le traducteur se doit d'être vigilant car il existe de nombreuses différences dans l'utilisation de celui-ci entre l'espagnol et le français. Contentons-nous de mentionner les cas les plus à même de nous concerner en traduction médicale. Tout d'abord, il semble important de répertorier le cas de l'article défini en présence de pourcentages. Alors que l'espagnol préconise la présence d'un article défini devant un pourcentage celui-ci doit disparaître dans la traduction française. Ensuite,

dans le cas de certaines constructions avec la préposition « de » il est à noter la nécessité d'apposer un article défini en français alors qu'il est absent en espagnol. Prenons l'exemple suivant : « una rotura de clavícula » dont la traduction française serait « une fracture de la clavicule ».

En conclusion, si tous les éléments mentionnés auparavant sont des éléments caractéristiques de la langue médicale (que nous aurons l'occasion de revoir au cours de la partie pratique) et qu'il est important de prendre en compte au moment de traduire, il n'en demeure pas moins que d'autres difficultés apparaîtront dans cet article, auxquelles il sera judicieux de faire référence au moment du commentaire de traduction.

2. Partie pratique

2.1. Traduction

EVA MARIA GUIX COMELLAS : Diplôme d’infirmière, Licence en anthropologie sociale et culturelle, Professeure à l’École infirmière de l’Université de Barcelone.

ENRIQUETA FORCE SANMARTÍN : Diplôme d’infirmière et doctorat en médecine. Professeure à l’École infirmière de l’Université de Barcelone.

LIBRADA ROSAS QUESADA : Diplôme d’infirmière. Infirmière assistante de l’Unité de tuberculose de l’Hôpital Sant Joan de Déu d’Esplugues de Llobregat.

ANTONI NOGUERA JULIAN : Docteur en médecine. Pédiatre du Service de maladies infectieuses de l’Hôpital Sant Joan de Déu d’Esplugues de Llobregat et professeur à la Faculté de Médecine de l’Université de Barcelone.

Mail : evaguix@ub.edu

L’importance d’une observance correcte au traitement antituberculeux

Résumé

INTRODUCTION. La tuberculose demeure une des principales causes de morbi-mortalité dans de nombreux pays, ce qui représente un grave problème de santé publique. L’observance au traitement antituberculeux est un axe fondamental pour contrôler cette maladie.

DÉVELOPPEMENT. Au niveau mondial, il existe de grandes différences territoriales concernant les taux de prévalence, d’incidence et de mortalité de la tuberculose. Le taux d’incidence de l’Espagne est supérieur à celui d’autres pays présentant une situation socioéconomique similaire.

Le traitement est prolongé et on constate des effets secondaires importants. L’observance au traitement est fondamentale pour que celui-ci soit efficace afin d’éviter

toute résistance aux médicaments et contrôler la maladie. Les enfants sont plus susceptibles de développer la maladie que le reste de la population. Il existe différents types de méthodes, directes et indirectes, pour mesurer l'observance au traitement même si aucune d'entre elles n'est idéale.

Une série de facteurs de risque de type sociodémographique influant sur l'observance, telle que l'immigration, sont décrits. En plus des facteurs qui rendent difficile le suivi du traitement chez l'adulte, il faut en ajouter d'autres plus spécifiques chez les enfants.

CONCLUSIONS. La littérature révisée souligne l'importance d'un suivi adéquat des patients pour améliorer l'observance au traitement antituberculeux. Le rôle du personnel infirmier et ses interventions sont très importantes.

MOTS CLÉS : TUBERCULOSE, INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL), INTERVENTIONS INFIRMIÈRES, OBSERVANCE, PÉDIATRIE, ÉDUCATION SANITAIRE, SANTÉ PUBLIQUE.

Introduction

L'observance peut se définir comme le degré de respect des patients quant aux instructions fournies pour les traitements prescrits. L'observance au traitement antituberculeux est un axe fondamental pour le contrôle de cette maladie.

La tuberculose reste une des principales causes de morbi-mortalité dans de nombreux de pays, ce qui représente un grave problème de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on estime qu'il existe à travers le monde environ 9,4 millions de nouveaux cas de tuberculose chaque année [1] et, que parmi eux, un demi-million sera occasionné par des germes multirésistants. Ces résistances résultent de la mauvaise observance thérapeutique, que ce soit par l'omission de doses de médicaments, par l'abandon du traitement avant son terme ou pour d'autres raisons. La tuberculose multirésistante demeure un problème étant donné qu'au niveau mondial le taux de réussite thérapeutique n'a pas dépassé 86 % en 2008 [1].

Le diagnostic précoce, la disponibilité d'un traitement adéquat et l'observance correcte à celui-ci sont les clés de voûte pour parvenir à diminuer les taux d'incidence et de prévalence de cette maladie.

En Espagne, les guides de pratique clinique fondés sur les directives prises par les groupes de travail d'experts en pneumologie, infectiologie, pédiatrie ou santé publique [2, 3] ne devraient pas donner lieu à des erreurs concernant le diagnostic précoce ou la disponibilité de la thérapeutique pharmacologique. Par conséquent, toutes les forces permettant de contrôler la tuberculose doivent se consacrer à « améliorer l'observance du traitement et les études de contacts » [4].

Il existe plusieurs études sur l'observance du traitement antituberculeux axées sur l'identification des facteurs de risque d'abandon du traitement et sur la mise en pratique de quelques interventions qui peuvent l'améliorer.

La tuberculose actuellement

Epidémiologie

Selon les dernières données de l'OMS publiées en 2009, la prévalence de la tuberculose maladie se situe, au niveau mondial, entre 12 et 16 millions de cas [1] ce qui la place au rang de maladie de type infectieux la plus prévalente dans le monde.

En Europe, il existe de grandes différences territoriales. Les pays à l'est de l'Europe tels que la Russie, la Roumanie, la Bosnie-Herzégovine ou la Lituanie, ainsi que la Turquie et le Portugal, sont les pays où la prévalence et l'incidence sont les plus importantes et, au contraire, c'est dans les pays du nord de l'Europe (pays scandinaves, Islande, Norvège...) que ces taux se trouvent les plus bas (tableau 1).

S'il est certain que 75 % des cas de tuberculose se concentrent sur une liste de 22 pays en voie de développement [5], les données relatives à l'Espagne reflètent un taux d'incidence supérieur à celui d'autres pays présentant une situation socioéconomique similaire. Cette tendance s'explique par plusieurs facteurs tels que les nouveaux cas répertoriés parmi les personnes infectées par le VIH ou les consommateurs de drogues par voie parentérale, mais, surtout par les immigrants provenant de pays à endémie tuberculeuse élevée. Ces mouvements migratoires sont considérés comme un facteur

essentiel pour comprendre la tendance actuelle de cette maladie et sont mentionnés dans presque toute la littérature [2-10].

Les dernières données publiées en 2011 [1], estiment qu'en Espagne les deux taux se situeraient autour d'une vingtaine de cas sur 100 000 habitants (les taux étant de 19/100 000 habitants pour la prévalence et de 17/100 000 habitants par an pour l'incidence), même si l'on considère que ces chiffres peuvent être biaisés par l'absence de déclaration de la maladie, puisque, même s'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire nominale, on pense que 30 à 40 % des cas ne sont pas déclarés [2, 6, 11]. Par conséquent, l'OMS estime que le nombre réel se situerait autour de 30 cas/100 000 habitants en Espagne.

Les statistiques ne sont pas techniquement aussi correctes que l'on pourrait l'espérer. Un article souvent cité de Ríos et Monleón³ [9] a analysé, sur une période de 27 ans, c'est à dire de 1980 à 2006, les données fournies par l'OMS, des 52 pays faisant partie de la région européenne afin de définir la tendance de l'incidence de la tuberculose dans ces pays.

L'observance se définit comme le degré de respect du traitement prescrit

| PRÉVALENCE ET INCIDENCE DUE À LA TUBERCULOSE CHEZ DES PERSONNES SÉRONÉGATIVES AU VIH | | | | |
|--|--|------|---------------------------------------|------|
| TABLEAU ÉTABLI À PARTIR DES DONNÉES DE L'OMS [1] | | | | |
| | Prévalence (pour 100 000 habitants) | | Incidence (pour 100 000 habitants) | |
| | 2000 | 2009 | 2000 | 2009 |
| Espagne | 28 | 19 | 28 | 28 |
| Russie | 179 | 132 | 179 | 179 |
| Islande | 6,8 | 4,0 | 6,8 | 6,8 |

³ NDT : Professeurs du Service des statistiques de l'Université de Barcelone

| | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|
| Brésil | 89 | 50 | 89 | 89 |
| Colombie | 63 | 49 | 63 | 63 |
| Pérou | 246 | 126 | 246 | 246 |
| États-Unis | 7,6 | 4,5 | 7,6 | 7,6 |
| Bangladesh | 484 | 425 | 484 | 484 |
| Chine | 214 | 138 | 214 | 214 |
| Japon | 47 | 26 | 47 | 47 |
| Côte d'Ivoire | 492 | 606 | 492 | 492 |
| Mauritanie | 499 | 676 | 499 | 499 |
| Tchad | 435 | 456 | 435 | 435 |
| Australie | 7,9 | 7,8 | 7,9 | 7,9 |

TABLEAU 1

| MORTALITÉ POUR 100 000 HABITANTS DUE À LA TUBERCULOSE CHEZ DES PERSONNES SÉRONÉGATIVES AU VIH TABLEAU ÉTABLI AVEC DES DONNÉES DE L'OMS [1] | | | | | | |
|--|--------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|
| | Région d'Europe | Région d'Afrique | Région d'Amérique | Région d'Asie du Sud-Est | Région de la Méditerranée orientale | Région du Pacifique occidental |
| Moyenne (pour 100 000 habitants) | 6,9 | 52 | 2,1 | 27 | 17 | 13 |
| | Espagne 0,7 | Algérie 2,4 | Canada 0,2 | Thaïlande 18 | Jordanie 0,2 | Australie 0,2 |
| | Portugal 1,5 | Tanzanie 11 | Cuba 0,2 | Inde 23 | Egypte 1,1 | Japon 1,4 |
| | Bulgarie 3,3 | Cameroun 15 | États-Unis 0,2 | RDP Corée 25 | Maroc 5,8 | Chine 12 |
| | Roumanie 6,6 | Ghana 42 | Mexique 0,6 | Bangladesh 51 | Irak 14 | Philippines 35 |
| | Lituanie 9,0 | Afrique du Sud 52 | Brésil 2,1 | Timor 66 | Soudan 23 | Vietnam 36 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-----------------|--|-------------------|----------------|
| | Russie 18 | Ethiopie 64 | Pérou 5,2 | | Afghanistan 38 | Cambodge 71 |
| | Ukraine 26 | Sénégal 70 | Équateur 6,9 | | Pakistan 38 | |
| | Tadjikistan 48 | Togo 113 | Bolivie 21 | | Somalie 57 | |
| | | Sierra Leone 153 | Haïti 30 | | | |

TABLEAU 2

La tuberculose serait la maladie de type infectieux la plus présente au monde

Les auteurs concluent que, de façon générale et dans tous les pays étudiés, il s'est produit une baisse de l'incidence, même si ce fut lent jusqu'à 1992, qu'ils signalaient comme étant l'année du changement de la tendance. Depuis, le taux a augmenté et ils calculaient que cette augmentation pourrait se poursuivre jusqu'en 2015. Cependant, selon l'OMS cette prévision ne se réaliserait pas et les deux taux, celui de la prévalence et celui de l'incidence, auraient légèrement baissés depuis 2000.

Même si, dans le monde entier, la mortalité due à cette maladie a diminué de plus d'un tiers depuis 1990, 1,3 million de personnes meurent encore chaque année à cause de la tuberculose. Les chiffres relatifs aux décès dépendent beaucoup du niveau de développement des différents pays et il existe une grande variabilité au sein même du continent européen, même entre des pays qui géographiquement ne sont pas très éloignés. Alors que la mortalité chez les personnes séronégatives au VIH en Espagne est de 0,7/100 000 habitants, ce même taux, dans l'est de l'Europe, s'élève à 18 en Russie et à 26 en Ukraine. Hors du continent européen, en Afrique, la Sierra Leone est le pays où l'on recense la plus forte mortalité : environ 153/100 000 habitants (tableau 2).

Au cours des vingt dernières années, dans la péninsule ibérique la mortalité due à la tuberculose a baissé fortement et se limite actuellement à certains groupes à hauts risques, comme les personnes aux âges extrêmes (y compris les enfants), la population en situation de pauvreté, les patients immunodéprimés ou les formes extra-pulmonaires de diagnostic tardif [2].

État clinique

On pense que près d'un tiers de la population mondiale est infectée par le *Myobacterium tuberculosis* ce qui représente un grand réservoir et qui sera une source de nouveaux cas durant encore de nombreuses années [2]. Sur le plan épidémiologique, cette personne infectée, mais sans maladie active est essentielle puisque, même si elle n'est pas contagieuse, elle peut être porteuse du bacille durant toute sa vie avec le risque potentiel supplémentaire de tomber malade à tout moment. A ce stade, on parle d' « infection latente ». Ce n'est que lorsque cet individu sain et infecté présente des manifestations cliniques ou radiologiques compatibles qu'on parlera de « tuberculose maladie » ou de tuberculose et il sera potentiellement contagieux si la maladie provoque une infection pulmonaire.

Dans la majorité des cas, la transmission se fait lorsque les patients malades toussent, rient ou parlent et même s'il existe d'autres voies de transmission possibles comme la transmission urogénitale, endobuccale, transplacentaire ; celles-ci sont plus rares [11].

Les individus seulement infectés ne présentent pas de manifestations cliniques ni d'observations radiologiques bien qu'on puisse les diagnostiquer grâce à la positivité sur le test de la tuberculine, qui reflète l'hypersensibilité cellulaire retardée de l'organisme vers le bacille. Au contraire, la tuberculose maladie présente pourtant des signes, des symptômes et/ou des observations radiologiques caractéristiques. Nonobstant, du au démarrage peu spécifique et insidieux de ceux-ci, le diagnostic peut être retardé, provoquant un retard dans le début du traitement ce qui augmente la mortalité et les séquelles pour le patient ainsi que les risques de contagion aux autres personnes. En Espagne, la moyenne de ce retard dans le diagnostic est de trois mois alors que l'on considère cette durée acceptable, lorsqu'il s'agit d'une tuberculose pulmonaire, quand celle-ci est inférieure à 3 semaines [12].

Les manifestations cliniques peuvent être systématiques et/ou spécifiques et ces dernières dépendent de la localisation de la maladie. La fièvre et le malaise général avec asthénie ou pertes d'appétit et de poids ainsi que la transpiration excessive durant la nuit constituent les symptômes systémiques. D'autre part, l'état clinique plus spécifique varie en fonction des formes cliniques d'affectation organique [13] : la toux et l'expectoration purulente pour la tuberculose pulmonaire, l'épanchement pleural pour la tuberculose pleurale, la dysurie ou l'hématurie pour la tuberculose génito-urinaire, la douleur articulaire pour la tuberculose ostéo-articulaire, les adénopathies non douloureuses pour la tuberculose ganglionnaire, etc.

Le traitement et les facteurs de risque de mauvaise observance à celui-ci

Actuellement, nous disposons de traitements antibiotiques pour l'infection latente et pour la tuberculose maladie.

Le médicament de choix pour le traitement de l'infection latente est l'isoniazide qui peut protéger contre le développement de la maladie tout au long de la vie. Son efficacité thérapeutique avoisine les 90 % et son principal effet secondaire est l'hépatotoxicité.

Chez l'adulte, on conseille dans certaines situations spécifiques où il peut exister le doute d'une mauvaise observance, de réduire la durée du traitement avec des prises d'isoniazide pendant 6 mois ou de rifampicine pendant 4 mois [14]. Une étude rétrospective suisse [15] a comparé l'observance à l'isoniazide prescrite pendant 6 mois avec la rifampicine prescrite pendant 4 mois et, à partir d'un échantillon de 624 individus, a détecté des différences significatives : moins d'interruptions et moins d'abandon du traitement avec la prise de plus courte durée (abandons qui ont été associés, entre autres, à la plus faible hépatotoxicité de la rifampicine), c'est pourquoi les auteurs soulignent la prescription de la rifampicine comme étant une bonne alternative à l'isoniazide. Chez l'enfant, on recommande des prises de 9 mois d'isoniazide, de 6 de rifampicine ou la combinaison des deux pendant 3 mois.

Lorsque le diagnostic de la tuberculose maladie est déjà établi, il existe plusieurs régimes thérapeutiques recommandés. Tous comportent deux phases de traitement : phase initiale ou d'induction, dont la durée est toujours de deux mois, suivie de celle de consolidation qui peut varier entre 4 et 16 mois. Actuellement, le traitement considéré

comme préférentiel consiste à prendre une combinaison de 4 médicaments : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol au quotidien pendant la phase initiale, puis, seulement isoniazide et rifampicine pendant 4 mois, et ce, toujours au quotidien. Si les frottis d'expectoration sont négatifs ou les formes de la tuberculose maladie ne sont pas très graves ou étendues, et qu'on vérifie que le germe est sensible aux autres médicaments de première ligne, alors on peut renoncer à l'éthambutol [2, 14].

Lorsque ces médicaments se complètent de façon appropriée ils sont très efficaces, que ce soit pour éviter la progression de l'infection latente vers la maladie ou pour soigner la maladie elle-même et éviter la contagion à d'autres individus.

Le traitement doit être pris correctement et sans interruption c'est-à-dire que l'observance au traitement est fondamentale pour que celui-ci soit efficace et pour éviter que les germes génèrent des résistances aux médicaments. Toutefois, il existe plusieurs facteurs liés au traitement de la tuberculose qui ne favorisent pas une observance adéquate de ces régimes, parmi eux, la longue durée de la thérapie, ses effets indésirables ; dont certains peuvent être graves, et le fait que, dans le cas du patient souffrant d'une infection latente celui-ci ne présente aucune symptomatologie.

Dans la littérature, une autre série de facteurs de risque sont également décrits, beaucoup d'entre eux sont de type sociodémographique et pour lesquels une observance correcte chez les patients adultes est plus difficile à atteindre. Il s'agit généralement des facteurs de risque suivants : le confinement, la consommation de drogues par voie parentérale, l'infection par le VIH et l'immigration. Ce dernier élément est sujet d'étude d'importantes recherches espagnoles.

Caylà et al. [16] ont réalisé une étude multicentrique au cours des années 2006-2007, dans laquelle ils ont fait participer un échantillon de 1490 patients, dans le but d'analyser l'observance au traitement antituberculeux en Espagne et identifier les facteurs de risque associés à celui-ci. Ils ont obtenu un taux de suivi du traitement de 93,5 %, jugé très bon par rapport aux résultats de la plupart des autres études et ils ont conclu que les immigrants, les personnes qui vivaient seules, les prisonniers, les patients déjà traités et ceux avec des difficultés de compréhension étaient ceux qui présentaient la plus mauvaise observance au traitement et qu'ils devaient, par conséquent, se soumettre au traitement directement observé (TDO).

Deux autres études espagnoles ont abouti à une conclusion très similaire au sujet de la population immigrante : Sanz et al. [17] et Basterrechea et al. [18].

Sanz et al. ont réalisé une étude multicentrique à laquelle ont participé 15 des 18 hôpitaux publics de la Communauté de Madrid, dans laquelle ont été listés tous les cas de tuberculose maladie dont ont souffert les immigrants, âgés de plus de 15 ans et non répertoriés au cours de l'année 2003. Après avoir formé un échantillon de 296 patients, ils conclurent que la population immigrante n'atteignait pas l'objectif proposé par l'OMS, celui de dépasser les 85 % de suivi du traitement car ils avaient seulement atteint les 75 %, et ils déduisirent que l'abandon du traitement avait lieu après 3 mois de traitement. Ils étudièrent les profils sociodémographiques de ces patients et conclurent que ceux qui n'avaient aucun soutien familial présentaient un risque élevé d'abandonner le traitement.

Basterrechea et al., après avoir analysé les 903 cas de tuberculose enregistrés sur une période de cinq ans dans la province de Guipúzcoa, admirent que l'observance au traitement était plus mauvaise chez les étrangers, lesquels étaient plus jeunes, présentaient moins de maladies chroniques et un niveau d'études moindre par rapport aux malades autochtones.

Les spécificités de la tuberculose dans la population infantile

Les enfants et les personnes âgées sont beaucoup plus sujets à développer la maladie que le reste de la population, surtout les moins de 5 ans et les plus de 65 ans. Par conséquent, il faudrait focaliser l'attention diagnostic aux âges extrêmes et notamment prendre en compte les spécificités des enfants.

L'importance de l'infection par *M. tuberculosis* chez l'enfant est très bien documentée [3, 5, 19]. Chez le patient pédiatrique, il existe une tendance de progression de l'infection latente vers la tuberculose maladie plus élevée et plus rapide (le pourcentage est de 10 % chez l'adulte et de 40 % chez l'enfant) [3] et lorsque la maladie se développe, elle s'associe plus fréquemment aux formes les plus graves de tuberculose comme la tuberculose miliaire ou méningée, lesquelles sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes [19, 20] et la morbi-mortalité est plus élevée.

Le risque de tomber malade tout comme la gravité de la maladie sont généralement inversement proportionnels à l'âge de l'enfant : c'est au plus jeune âge que le risque est le plus important. Il existe un large consensus sur le fait que le patient pédiatrique souffrant de la tuberculose maladie s'habitue dans sa majorité à avoir subi une infection récente et à développer la maladie, celle-ci n'étant presque jamais active, ainsi, du point de vue épidémiologique, on le considère comme un « cas sentinelle » de l'infection dans la population générale [5, 6, 19, 20]. Ainsi, le nombre de cas d'enfants malades ou infectés est une indication de l'état de la situation épidémiologique de l'infection tuberculeuse dans sa population d'origine.

Au niveau pédiatrique, il n'est pas facile de poser le diagnostic de tuberculose. En effet, les enfants ne présentant généralement pas de tuberculose active, cela empêche souvent la confirmation microbiologique du diagnostic et rend difficile l'orientation et le suivi de l'évolution thérapeutique au moyen de la négativation des cultures telle que réalisée chez l'adulte [3, 5-7]. La confirmation bactériologique n'est possible que dans 30 à 40 % des cas. Parfois, chez ces enfants, la distinction entre maladie et infection latente dépend seulement d'un médecin expert ce qui peut entraîner des erreurs de diagnostic.

En ce qui concerne la thérapeutique, d'après le dernier document de consensus publié par l'Association espagnole de pédiatrie [7], il est recommandé de suivre le traitement empirique d'induction avec les 4 mêmes médicaments que pour l'adulte.

Si la nécessité d'un traitement prophylactique antituberculeux secondaire en cas d'infection latente chez l'adulte est évidente, elle se justifie davantage chez l'enfant ; même si celui-ci a seulement été exposé au bacille (sans infection latente). Une étude nord-américaine [21] a renforcé cette prophylaxie chez les nouveaux nés de ses unités face à cette situation de seule exposition. Après avoir créé et appliqué un algorithme de traitement dans leur hôpital, les bébés ont été divisés en deux groupes : le traitement prophylactique fut administré au premier groupe tandis que l'autre ne recevait rien. Les chercheurs conclurent que les bénéfices thérapeutiques étaient bien plus élevés que les risques associés au traitement, tels que l'hépatotoxicité, qui peut s'avérer mortelle chez les enfants dans leurs premiers jours de vie.

Il faut ajouter aux facteurs qui rendent difficile le suivi du traitement chez l'adulte d'autres plus spécifiques du domaine infantile tels que : la nécessité d'utiliser des

combinaisons d'un minimum de 3-4 médicaments contre la tuberculose maladie et le fait que les préparations disponibles de certains de ces médicaments antituberculeux sont inadaptées à un âge pédiatrique (mesure des comprimés, absence de solutions orales, caractéristiques organoleptiques peu agréables...).

Selon Alcaide et al. [6], la situation de la tuberculose infantile en Espagne est très différente de celle d'autres pays développés où la maladie se développe uniquement chez des minorités ethniques, des immigrants récents ou des familles de niveau socio-économique très faible.

Objectif : améliorer l'observance au traitement antituberculeux

En 1993, l'OMS a décrété l'état d'urgence mondiale face à la tuberculose et, à cet effet, des objectifs visant la population dans son ensemble ont été fixés, afin de parvenir, notamment, à améliorer l'observance du traitement.

Une des stratégies pour parvenir à cet objectif consiste à mettre en place le traitement directement observé (TDO) mais il existe plusieurs obstacles qui empêchent de généraliser cette mesure tels que le coût élevé de cette thérapie et le manque de personnel qualifié. Par conséquent, en Espagne, et selon les recommandations nationales du Ministère de la santé [4], seuls les patients présentant un facteur de risque sont inclus dans des programmes de TDO afin d'éviter une non observance ou une observance incomplète au traitement.

Méthodes de mesure de l'observance

Il existe différents types de méthodes pour mesurer l'observance, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients ; il n'existe donc aucune méthode idéale qui puisse être considérée comme *gold standard* [22].

Les méthodes que l'on considère directes ou objectives, telles que la TDO ou la mesure des concentrations de médicaments ou métabolites dans le sang ou dans l'urine, sont chères et, de plus, dans le cas de la réalisation d'analyses, les résultats peuvent se voir altérés par les interactions avec d'autres médicaments comme les antiépileptiques.

Les autres méthodes, dites indirectes, sont plus subjectives et très variées ; elles incluent : l'utilisation de questionnaires pour les patients ou pour les soignants ; les

auto-évaluations ou journaux réalisés par le patient lui-même, la thérapie psychologique, le suivi téléphonique manuel ou informatisé, l'information écrite de renfort, les registres de délivrance des médicaments, les messages de rappel sur le portable, etc. Ces méthodes indirectes sont les plus largement utilisées mais elles permettent seulement d'estimer approximativement l'observance correcte au traitement.

Dans certaines situations spécifiques où il peut exister le doute d'une mauvaise observance, on adapte la durée du traitement

D'autres méthodes indirectes telles que le décompte des comprimés ne parviennent pas à mettre d'accord les auteurs de différentes recherches. Alors que selon certains cette méthode est efficace et pourrait figurer parmi les objectifs [23-25], pour d'autres elle ne devrait pas être considérée comme une bonne mesure de l'observance car elle est très manipulable [22]. Cette méthode a évolué depuis le simple décompte des comprimés des *blisters* jusqu'à l'utilisation de dispositifs électroniques comme les couvercles Medication Event Monitoring System (MEMS) dans les emballages de comprimés. Ces couvercles contiennent une puce électronique qui indique la date et l'heure à laquelle les couvercles sont ouverts. Ces dispositifs soulèvent quelques problèmes tels que leur prix élevé qui réduit majoritairement leur utilisation au domaine de la recherche, l'autorisation préalable à leur utilisation [26] et enfin, l'enregistrement du moment de l'ouverture du couvercle qui ne garantit pas que le patient prend réellement son médicament [22].

Il est également intéressant d'étudier la distinction entre l'observance intentionnelle et la non intentionnelle car les interventions nécessaires pour les corriger ne sont pas les mêmes. Selon Garfield [27], l'auto-évaluation d'un patient permettra de réaliser cette distinction et c'est en plus une méthode très économique et discrète. CEPENDANT, la surestimation marquée de l'observance rend cette méthode peu objective. Selon Osterberg [22], cette distorsion facile des résultats obtenus est un inconvénient partagé avec une autre méthode, celle des questionnaires réalisés par le personnel sanitaire auprès des patients ou soignants.

Une révision systématique a recherché la corrélation entre les dispositifs électroniques et les questionnaires d'auto-évaluation [28]. Dans celle-ci, 41 des 1679 articles trouvés sont analysés et ceux-ci reflètent que dans la majorité d'entre eux (68 %) il existe une corrélation significative entre les deux méthodes, qu'elle soit importante, moyenne ou faible.

Quant à l'âge pédiatrique, tant dans les guides de pratique clinique édités par l'OMS que dans les CDC⁴ aux États-Unis, on recommande des programmes de TDO dans tous les cas d'infection latente ou de tuberculose maladie chez les patients âgés de moins de 18 ans. Cette recommandation ne s'applique pas en Espagne, les enfants pédiatriques sont traités de la même façon que les adultes, faute de moyens financiers.

Quelle que soit la méthode choisie pour essayer d'améliorer l'observance thérapeutique, elle doit être fiable et validée [29] afin de réduire les erreurs dans le processus de mesure.

Le rôle important du personnel infirmier dans les interventions

Nombreux sont les auteurs qui soulignent l'importance du suivi infirmier dans les interventions, en appliquant les méthodes décrites, dans le but d'augmenter l'observance au traitement. Le rôle du personnel infirmier est important car beaucoup des processus thérapeutiques dépendent directement du suivi infirmier. Même certains auteurs, tel que Haynes, qui sont critiques quant à l'efficacité de ces interventions sur le résultat clinique final espéré sur le patient, soulignent le point suivant : « dans la pratique, il est possible que le rôle des infirmier/ères et pharmaciens doive être étendu afin de pouvoir orienter davantage les patients et, par conséquent, favoriser l'amélioration de l'observance au traitement ».

Néanmoins, si de façon générale la littérature concernant les interventions destinées à améliorer le respect des instructions de médication demeure étonnamment pauvre malgré leur importance, les recherches réalisées par le personnel infirmier et la littérature écrite disponible à ce sujet qui leur est destinée est encore très faible, et encore plus dans le cas des âges pédiatriques.

⁴ NDT : Centres pour le contrôle et la prévention des maladies

Une source importante d'articles sur l'observance au traitement antituberculeux rédigés par le personnel infirmier, surtout aux États-Unis, font référence aux interventions de suivi et de contrôle réalisées par ce même personnel sur la population latino-américaine qui a immigré aux États-Unis [10, 30, 31]. Ces interventions incluent un meilleur suivi avec des informations écrites de renfort jusqu'à la présence, lors des visites ambulatoires, d'un médiateur-traducteur pour traduire ou permettre de mieux véhiculer l'information qui veut être transmise.

La grande majorité de la littérature existante qui aborde ces interventions et leur efficacité souligne habituellement les bénéfices de toutes ces méthodes pour augmenter de façon générale l'observance aux traitements des patients, mais une révision Cochrane [23] remet en question l'efficacité de toutes ces interventions sur le résultat final et l'obtention d'un meilleur état clinique du patient.

Afin d'éviter toute résistance aux médicaments, l'observance au traitement est fondamentale

Cette révision inclut 78 essais aléatoires qui étudiaient un échantillon de patients à qui l'on avait prescrit un médicament, y compris les patients psychiatriques, ces médicaments devaient être prescrits et auto-administrés et le suivi qui devait être réalisé devait durer au moins six mois. Il a été conclu que dans les traitements de courte durée (où l'on inclut essentiellement les infections aiguës), les interventions, même simples, étaient efficaces, alors que, dans les traitements de longue durée (où l'on prend en compte les études pour les patients suivant un traitement antituberculeux, du VIH, de l'hypertension, du diabète, de la schizophrénie, de l'épilepsie, de la dépression, par coagulants oraux, etc.), ces interventions étaient plus complexes et plus laborieuses et, même si leur combinaison (information écrite, dispositifs de surveillance, questionnaires...) pouvait augmenter l'observance au traitement, l'essai n'a pas nécessairement abouti à une amélioration de l'état clinique du patient. Le message négatif que contient cette révision n'aurait probablement pas été si décourageant s'il y avait seulement eu des essais qui mesuraient l'observance.

Osterberg, dans un autre article de révision [22] sur l'observance au traitement, a souligné l'importance de réaliser une approche individuelle dans le choix de la méthode et de ses interventions puisqu'un système qui fonctionne avec un patient peut ne pas fonctionner avec un autre. De plus, il a mis en évidence que, même si certaines méthodes sont certainement efficaces, la combinaison de celles-ci sera toujours préférable.

Lors de la déclaration du millénaire, un des objectifs des Nations Unies était de ne plus considérer la tuberculose comme un problème d'ici 2050.

Conclusions

La tuberculose présente une incidence et une prévalence élevées. A l'échelle mondiale, il existe de grandes différences territoriales en ce qui concerne ces taux ainsi que la mortalité. L'Espagne témoigne d'une incidence supérieure à celle des autres pays présentant une situation socioéconomique similaire. Le traitement est prolongé et comporte des effets secondaires qui sont plus graves chez les enfants. L'observance au traitement est fondamentale pour contrôler la maladie et éviter des résistances aux médicaments. Il est important d'identifier les marqueurs épidémiologiques, cliniques ou sociaux (immigration, toxicomanie...) qui permettent de prédire une bonne ou mauvaise observance au traitement antituberculeux. Aux facteurs de risque qui rendent difficile le suivi du traitement chez l'adulte il faut ajouter d'autres plus spécifiques au domaine infantile.

Il existe différents types de méthodes, directes et indirectes, pour mesurer l'observance au traitement antituberculeux, mais aucune ne semble idéale. Toute la littérature révisée s'accorde pour souligner l'importance d'un suivi adéquat de ces patients afin d'augmenter l'observance. Le rôle du personnel infirmier et ses interventions sont très importantes.

Les infirmiers devraient réaliser davantage d'études dans l'objectif de connaître les facteurs qui peuvent améliorer l'observance au traitement antituberculeux, et, ainsi pouvoir élaborer de nouvelles stratégies qui se concrétisent par des interventions destinées à améliorer l'observance thérapeutique et qui débouchent sur un meilleur contrôle de la tuberculose.

BIBL

IOGRAPHIE

- [1] World Health Organization, Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2011 [Acceso 22 May 2013].
Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
- [2] Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Centro Cochrane Iberoamericano (coordinador). Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya. Guía de Práctica Clínica en el SNS: AATRM n. °2007 (26); 2009.
- [3] Grupo de trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar en niños. *An Pediatr* 2007; 66(6):597-602.
- [4] Ministerio de Sanidad y Política Social, editor. Plan para la Prevención y el Control de la Tuberculosis en España. 2008 [Acceso 1 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.msps.es>
- [5] Adams L, Starke J., Tuberculosis disease in children. 2011 [Acceso 1 Feb 2013]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-disease-in-children?source=search_result&search=tuberculosis+disease+in+children&selectedTitle=1%7E150
- [6] Alcaide J, Altet MN, Canela S. Epidemiología de la tuberculosis. *An Esp Pediatr*. 2000; 53(5): 449-57.
- [7] Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre la tuberculosis resistente a fármacos. *An Pediatr*. 2009; 71(5): 447-58.
- [8] Altet MN, Alcaide J. Control y eliminación de la tuberculosis en España; las estrategias para el siglo XXI. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64(1): 66-73.
- [9] Rios M, Monleón Getino T.A graphical study of tuberculosis incidence and trends in the WHO's European region (1980-2006). *Eur J Epidemiol*. 2009; 24(7): 381-7.
- [10] Ailinger RL, Black P, Nguyen N, Lasus H. Predictors of adherence to Latent Tuberculosis Infection therapy in Latino immigrants. *J Community Health Nurs*. 2007; 24(3): 191-8.
- [11] Fortún J, Martín Dávila P, Rodríguez JM, Navas E, Moreno S. Infección por *Mycobacterium tuberculosis*. *Medicine*. 2010; 10(56): 3808-19.
- [12] Medina J, Calero C, Álvarez F, Romero A. Tuberculosis pulmonar. *Medicine* 2010; 10(67): 4587-96.

- [13] Martínez E, Mateos F, Blanch JJ, Salinas A, García M. Tuberculosis extrapulmonar. Formas clínicas. *Medicine*. 2010; 10(56): 3820-9.
- [14] Laínez S, Martínez MB, Costa A, Rodríguez M. Indicaciones de profilaxis y quimioprofilaxis de la tuberculosis. *Medicine*. 2010; 10(56): 3865-9.
- [15] Fresard I, Bridevaux PP, Rochat T, Janssens JP. Adverse effects and adherence to treatment of rifampicine 4 months vs izonazid 6 months for latent tuberculosis: a retrospective analysis. *Swiss Med Wkly*. 2011; 141: w13240.
- [16] Caylà JA, Rodrigo T, Ruiz-Manzano J, Caminero JA, Vidal R, García JM, Blanquer R, Casals M, Working Group on Completion of Tuberculosis Treatment in Spain. *Respiratory Research*. 2009; 10:121.
- [17] Sanz B, Blasco T, Galindo S. Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. *Gac Sanit*. 2009; 23 (Supl. 1): 80-5.
- [18] Basterrechea M, Sancho R, Idígoras P, Temprano M. Caracterización de los casos de tuberculosis en población autóctona y extranjera de Guipúzcoa en el período 2003-2007. *Gac Sanit*. 2009; 23 (Supl. 1): 74-9.
- [19] Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre el tratamiento de la exposición a tuberculosis y de la infección latente en niños. *An Pediatr*. 2006; 64(1): 59-65.
- [20] Adams L, Starke J. Latent tuberculosis infection in children. 2011 [Acceso 1 Feb 2013] Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/latent-tuberculosis-infection-in-children?source=search_result&search=tuberculosis+disease+in+children&selectedTitle=2%7E150
- [21] Berkowitz F, Severens J, Nlumberg H. Exposure to Tuberculosis among Newborns in a Nursery: Decision Analysis for Initiation of Prophylaxis. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2006; 27(6): 604-11.
- [22] Osterberg L. Adherence to medication. *N Eng J Med*. 2005; 353(5): 487-97.
- [23] Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence [Revisión]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 4: CD000011.
- [24] De Bleser L, Vincke B, Dobbels F, Happ MB, Maes B, Vanhaecke J, et al. A new electronic monitoring device to measure medication adherence: usability of the Helping Hand™. *Sensors (Basilea)*. 2010; 10(3): 1535-52.

- [25] Deschamps AE, Graeve VDE, van Wijngaerden E, De Saar V, Vandamme A, van Vaerenbergh K, et al. Prevalence and correlates of nonadherence to antiretroviral therapy in a population of HIV patients using Medication Event Monitoring System. *AIDS Patient Care STDS*. 2004; 18(11): 644-57.
- [26] De Bleser L, De Geest S, Vincke B, Ruppert T, Vanhaecke J, Dobbels F. How to test electronic adherence monitoring devices for use in daily life: a conceptual framework. *Comput Inform Nurs*. 2011; 29(9): 489-95.
- [27] Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: A systematic review. *BMC Medical Research Methodology*. 2011; 11: 149.
- [28] Shi L, Liu J, Koleva Y, Fonseca V, Kalsekar A, Pawaskar M. Concordance of adherence measurement using self-reported adherence questionnaires and medication monitoring devices. *Pharmacoeconomics*. 2010; 28(12): 1097-107.
- [29] Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm*. 2008; 65(23): 2276-2284.
- [30] Ailinger RL, Moore JB, Nguyen N, Lasus H. Adherence to latent tuberculosis infection therapy among Latino immigrants. *Public Health Nurs*. 2006; 23(4): 307-13.
- [31] Ailinger RL, Martyn D, Lasus H, Lima N. The effect of a cultural intervention on adherence to latent tuberculosis infection therapy in Latino immigrants. *Public Health Nurs*. 2010; 27(2): 115-20.

2.2. Commentaire de traduction

2.2.1. La siglaison

Du point de vue des sigles, il convient de faire une remarque essentielle. Si l'on constate, dans notre texte, que certains sigles admis dans la langue espagnole n'existent pas dans la langue française d'autres, au contraire, possèdent un équivalent dans les deux langues. Par exemple, si l'on prend l'exemple de TB (p.8 / p.12)⁵ dont le développé est tuberculose, en français il n'existe aucun sigle pour cette maladie⁶. En revanche, dans le cas d'OMS (p.9 / p.13), dont le développé est Organisation mondiale de la santé, le sigle est utilisé dans les deux langues.

2.2.2. La polysémie

Dans le contexte de notre traduction, le concept de polysémie fait notamment référence aux verbes très communs qui peuvent, dans certains cas, avoir un sens différent quand ils se trouvent en contexte médical. Afin d'illustrer cette idée, étudions les trois exemples suivants : « controlar » (p.8 / p.12), « aumentar » (p.9 / p.13) et « dirigirse » (p.10 / p.14). Rappelons que le verbe « controlar » en contexte général et lorsqu'il s'agit de parler d'une épidémie, comme c'est le cas dans notre texte, se traduit par « contrôler » cependant, dans un autre contexte médical et notamment lorsqu'il fait référence à une infection il conviendrait davantage d'utiliser le verbe « maîtriser ». Dans le cas d'« aumentar » qui, dans notre texte s'emploie par exemple avec « adherencia », il semble beaucoup plus approprié de traduire l'ensemble de l'expression par « améliorer l'observance » plutôt que de conserver le verbe transparent « augmenter ». Enfin, dans le cas de « dirigirse », une fois de plus il paraît plus cohérent de traduire l'expression « dirigirse a mejorar » par « se consacrer à améliorer (l'observance du traitement) » plutôt que de s'en tenir à l'équivalent transparent en français.

⁵ Entre parenthèses, figurent en premier la page de référence au texte source (cf. annexe), la seconde au texte cible.

⁶ NDT: Il existe toutefois d'autres maladies, hormis le SIDA qui sont désignées par un sigle en espagnol comme en français. Par exemple, prenons le cas de « Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) dont l'équivalent français est « maladie sexuellement transmissible (MST) » ou encore celui du « Virus de la hepatitis A (VHA) qui se traduit en français par « virus de l'hépatite A (VHA) ».

2.2.3. Procédés de traduction

Afin de voir les changements relatifs aux tournures de phrases entre les langues source et cible ; il convient de nous concentrer sur quelques procédés de traduction fréquents utilisés dans la traduction de cet article que sont la modulation, l'étoffement, la réduction, la suppression ou encore l'équivalence.

Tout d'abord, abordons la modulation, qui est en réalité un changement de point de vue entre le texte source et le texte cible, à travers l'exemple de « no finalización del tratamiento » (p.9 / p.13). Ce terme a été traduit par « abandon du traitement », autrement dit par inversion/négation du contraire dans l'unique but de simplifier la compréhension de l'énoncé et d'aller droit à l'essentiel pour que le message soit le plus clair possible. Dans l'exemple de « el mecanismo de transmisión es la vía aérea mediante la tos, la risa o el habla de los pacientes enfermeros » (p.10 / p.18) traduit par « la transmission se fait lorsque les patients malades toussent, rient ou parlent » c'est-à-dire par une transposition grammaticale (passage d'un substantif à un verbe), qui peut également être considéré comme une modulation, on remarque que le texte traduit est beaucoup plus simple et beaucoup plus concis sans pour autant que le sens en soit altéré.

Quant à l'étoffement du discours dans la langue cible, il s'avère que, dans certains cas, il est nécessaire de rajouter certains mots par rapport au texte original afin d'obtenir un texte syntaxiquement et stylistiquement correct en français, ou, tout simplement afin d'obtenir la terminologie adéquate, dans d'autres, j'ai décidé de faire un ajout car je jugeais indispensable d'explicitier l'énoncé. Par exemple, dans le cas de « clínica » (p.10/ p.18) il convient en français de parler « d'état clinique » et dans le cas du verbe « enfermar » (p.10 / p.18) l'équivalent français est « tomber malade ». En revanche, dans l'exemple suivant « a veces, en estos niños, la diferenciación entre enfermedad e infección latente depende de un médico experto » (p.12 / p.22) il m'a semblé pertinent de traduire cette phrase par « parfois, chez ces enfants, la distinction entre maladie et infection latente dépend seulement d'un médecin expert » autrement dit j'ai rajouté l'adverbe « seulement » pour insister sur l'importance qu'a cet intervention sur le patient, cet adverbe étant sous-entendu par le reste de la phrase qui dévoile les conséquences d'une telle intervention.

Quant au procédé de traduction qu'est la réduction, celui-ci m'a permis, comme son nom le sous-entend, de réduire une expression en utilisant notamment un adjectif au lieu d'un groupe prépositionnel par exemple et ce, une fois de plus, dans le but de rendre la traduction plus fluide et d'éviter des phrases trop longues. Ainsi, pour illustrer ce propos étudions l'exemple de « existen grandes diferencias en función del territorio » (p.8 / p.12) que j'ai traduit en français par « il existe de grandes différences territoriales ».

Au regard de la suppression, il s'agit là non plus de remplacer un terme ou une expression par une autre (cf. réduction) mais de supprimer un élément de l'énoncé bien que les deux procédés aient pour objectif commun d'alléger le texte cible. Par conséquent, dans la phrase suivante « España presenta una tasa de incidencia superior a la de otros países » (p.8 / p.12) la traduction par « le taux d'incidence de l'Espagne est supérieur à celui d'autres pays » permet à la fois de supprimer un verbe, d'en ajouter un autre et d'en remplacer le sujet pour obtenir une phrase qui semble bien plus claire.

Du point de vue de l'équivalence, l'objectif est de réussir à retransmettre une expression idiomatique d'une langue à une autre tout en conservant l'intégralité du message. Voici une des expressions que j'ai pu relever dans notre texte: « ejes vertebradores » (p.10 / p.14) que j'ai transposé par « les clés de voûte ».

En conclusion, si les processus de traduction utilisés ici pour rendre le texte plus clair sont assez nombreux il est également à noter que la ressemblance entre les deux langues rend possible de suivre une traduction plutôt littérale avec, à de nombreuses reprises, des équivalences dites formelles. Nous pouvons également ajouter que la présence de nombreux passages avec des données chiffrées appuie cet argument car ceux-ci nécessitent peu de modifications linguistiques.

2.2.4 Terminologie du domaine

Dans la partie théorique, nous avons répété à maintes reprises l'importance d'avoir recours à la terminologie spécifique du domaine traité et de connaître quels sont les usages les plus fréquents de la langue médicale. Afin d'illustrer ce propos, voici deux exemples applicables à notre texte : celui de l'adjectif « antituberculoso » (p.8 / p.12) et celui du substantif « usuario » (p.9 / p.14). Comme il a déjà été mentionné dans la partie théorique cet adjectif qui se rapporte au traitement de la tuberculose nous rappelle

la difficulté de savoir lequel du GP et de l'adjectif de relation est le plus adapté dans cette situation. Toutefois, le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine nous rappelle que l'adjectif « antituberculeux » est celui qui convient le mieux donnant pour exemple « les médicaments antituberculeux » ; ceci confirme une fois de plus que la langue médicale est une langue concise au vue de l'utilisation de cet adjectif qui remplace le GP.

Dans le cas d' « usuario » qui est un substantif du langage commun, il est important de savoir l'adapter en fonction du domaine dans lequel il intervient. En effet, si dans un contexte général il se traduira par « usager ou utilisateur » au contraire dans un texte spécialisé et notamment lorsque ce substantif est associé au mot « drogas » l'utilisateur se transforme en consommateur.

2.2.5. Anglicismes

Tout comme l'espagnol, le français est une langue conservatrice qui tolère peu l'intrusion d'anglicismes dans son patrimoine linguistique. Il n'en demeure pas moins toutefois, que dans les domaines spécialisés (le domaine technique surtout mais aussi le domaine médical parfois) certains mots anglais se soient totalement intégrés à ces langues. Dans notre article, étant donné que le texte en espagnol comporte certains anglicismes il convient, par mesure d'homogénéité des langues sources et cibles, de les conserver au maximum. C'est ainsi que l'on préfère conserver le gold standard (p.12 / p.23) en français comme en espagnol ; ce terme étant largement utilisé dans les textes médicaux notamment par l'OMS. En revanche, le terme « microchip » (p.13 / p.24) qui possède l'équivalent français de « puce électronique » par exemple et dont le terme n'est pas transparent nécessiterait plutôt une traduction.

2.2.6 Faux-amis

Il semble inévitable de dédier une partie aux faux-amis, ces mots qui, dans deux langues différentes se ressemblent alors que leur sens est totalement distinct, car c'est le piège le plus redoutable du traducteur. Pour illustrer cette idée, l'exemple incontournable est celui qui occupe tout notre texte ; « la adherencia » (p.8 / p.12). Même si naturellement un non spécialiste penserait que ce terme signifie « adhérence » et que potentiellement s'il se trouve seul en contexte médical, il n'aurait pas tort car l'adhérence est un terme médical se définissant comme l'accolement anormal d'origine cicatricielle de deux

surfaces contiguës normalement séparées (Source dictionnaire médical de l'Académie de Médecine) ; toutefois lorsque ce terme est apposé au substantif « traitement », aucun doute n'est admis puisque le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine nous indique qu'on ne parle alors pas d'adhérence mais d'observance au traitement. L'observance au traitement se définissant comme le respect des règles d'utilisation d'un médicament qui doivent avoir été exposées clairement par le médecin afin que le patient puisse bénéficier au mieux du médicament ; compte tenu de notre texte et d'après cette définition, il s'avère en effet qu'observance est le terme adéquat.

Il me semblait pertinent de relever un autre exemple pour illustrer le véritable enjeu que représentent les faux amis. Voici donc l'exemple du terme « *terapia farmacologica* » (p.9 / p.14). Le problème avec ce terme est que « *terapia* » qui généralement se traduit par « thérapie » en présence de cet adjectif se traduit par « thérapeutique » d'où l'importance de chercher des textes parallèles et de continuellement faire sa recherche terminologique au cours de la traduction afin d'éviter toute traduction approximative ou erronée.

2.2.7. Ordre canonique des mots

Traduire d'une langue à une autre nécessite de maîtriser la structure de la phrase propre à chaque langue, car, si en espagnol l'adjectif qualificatif suit habituellement le substantif, en français, il peut le précéder comme le suivre. Certains, comme « gros, grand, petit ou beau » se placeront normalement avant le nom alors que les adjectifs de couleur iront notamment après celui-ci. Ainsi, il convient de respecter règles et usages afin de veiller à ce que le sens de l'énoncé soit respecté et que le syntagme soit grammaticalement correct, car n'oublions pas que certains adjectifs lorsqu'ils changent de place, changent également de sens. Dans l'exemple de « *casos nuevos* » (p.9 / p.13) il semble tout simplement plus naturel pour un natif de parler de « nouveaux cas ».

Lorsque deux substantifs sont apposés, n'existant de règles dans aucune des langues, il semble que le meilleur compromis soit de s'en tenir à l'usage en vérifiant ce qui est le plus utilisé dans les articles abordant ce sujet. Ainsi, dans l'exemple de « *enfermedad tuberculosa* » (p.9 / p.14), la majorité des articles français à ce sujet parlent de « tuberculose maladie ». C'est notamment le cas de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui, dans un article publié sur la tuberculose déclare que le « diagnostic de la tuberculose maladie est proposé quand le patient souffre depuis

plusieurs semaines de symptômes pulmonaires ne pouvant être expliqués par une autre pathologie infectieuse (ou tumorale) ».

Du point de vue de la structure de la phrase, il semble également pertinent de rappeler que le français préférera respecter l'ordre suivant : sujet + verbe + complément alors que l'espagnol ne verra aucun inconvénient à placer en tête de phrase le verbe lorsqu'un complément circonstanciel est placé en tête de phrase, au discours indirect, lorsque l'orateur n'apparaît qu'à la fin de la phrase ou encore en présence d'une forme passive ou passive réfléchie, tel est le cas dans l'exemple qui suit : « están descritos una serie de factores de riesgo » (p.8 / p.13) traduit de la manière suivante « une série de facteurs de risque sont décrits ».

De même, il ne faut pas oublier la difficulté que représente la traduction de l'espagnol au français dès lors que le sujet est sous-entendu tel c'est le cas dans les structures de type « y esto (comporta un problema grave de salud pública)» (p.8 / p.12) que j'ai généralement pu traduire par « ce qui (représente un grave problème de santé publique) ».

2.2.8. Synonymes

La cohérence terminologique dans une traduction est un des éléments permettant de vérifier la qualité d'une traduction. Par conséquent, les synonymes utilisés dans la langue source pour parler d'un même phénomène doivent être retranscrits en français avec le même jargon en évitant cette fois les synonymes. Ainsi, si « adherencia al tratamiento » (p.8 / p.12) et « cumplimiento al tratamiento » (p.9 / p.14) se réfèrent tous deux à « l'observance au traitement » il convient d'utiliser tout au long de la traduction ce seul terme pour nous référer à ces synonymes en espagnol.

2.2.9. Grammaire

Globalement, dans l'ensemble de la traduction, il convient de faire référence à un aspect grammatical distinct entre l'espagnol et le français. En effet, il me semble important de rappeler la règle espagnole relative à l'article devant le pourcentage (que nous avons déjà pu évoquer dans la partie théorique) car les données chiffrées en pourcentage sont nombreuses dans l'article à traduire. Si, en espagnol, il est nécessaire d'apposer un article qu'il soit de type défini ou indéfini devant tout pourcentage au contraire en français cela n'est pas utile. Prenons donc, à titre d'exemple, la première donnée

chiffrée de notre texte : « la tasa de éxito terapéutico no superó el 86 % en el año 2008 » (p.9 / p.13) ce que j'ai traduit en français par « le taux de réussite thérapeutique n'a pas dépassé 86 % en 2008 ».

2.2.10. Style

Le dernier commentaire de traduction portera sur quatre remarques de style. D'abord, j'ai jugé nécessaire de limiter les adverbes en -ment qui ont tendance à alourdir la traduction. Ainsi, par exemple, dans le cas de « epidemiológicamente » (p.10 / p.18) j'ai substitué cet adverbe par l'expression suivante : « sur le plan épidémiologique ». Même si la substitution de l'adverbe par un autre terme nécessite un étoffement il n'en demeure pas moins toutefois que la traduction en est allégée.

Ensuite, au moment de traduire il m'a semblé nécessaire à plusieurs reprises d'introduire des notes du traducteur pour donner au lecteur un supplément d'information dont il pourrait avoir besoin pour mieux se contextualiser (dans le cas de la NDT sur les auteurs) (p.9 / p.15) ou alors tout simplement pour lui permettre de comprendre ce dont il s'agit notamment s'il n'est pas familier avec la langue anglaise (pour la NDT sur les CDC) (p.13 / p.25).

Enfin, afin de respecter la cohérence terminologique de ma traduction il m'a été nécessaire à une reprise notamment de changer le genre de certains substantifs c'est-à-dire que « el paciente y el cuidador » (p.13 / p.23) a été traduit par « les patients et les soignants » tout comme je l'avais fait auparavant lorsque l'article employait l'expression « para los pacientes o sus cuidadores » (p.13 / p.24).

2.3 Glossaire

L'objectif du glossaire est de répertorier uniquement les termes essentiels du domaine traité; ceux sans lesquels l'article n'aurait peu ou pas de sens, afin de pouvoir, en cas de doute sur l'un d'entre eux, s'y référer et ainsi assurer une cohérence terminologique tout au long de la traduction, car en réalité on recense bien d'autres termes spécialisés au cours du texte. De plus, notons qu'il convient de référencer ceux qui ont le plus de probabilité de réapparaître plusieurs fois afin d'éviter d'avoir un glossaire constitué de nombreuses entrées où il soit très difficile de se repérer.

| | |
|--|--|
| Tuberculosis (TB) | Tuberculose |
| Adherencia/cumplimiento al tratamiento | Observance au traitement |
| Cumplimiento | Respect |
| Diagnóstico temprano | Diagnostic précoce |
| Diagnóstico tardío | Diagnostic tardif |
| Terapia farmacológica | Thérapeutique pharmacologique |
| Enfermedad tuberculosa | Tuberculose maladie |
| Prevalencia | Prévalence |
| Incidencia | Incidence |
| Enfermad activa | Maladie active |
| Endemia | Endémie |
| Bacilo | Bacille |
| Infección latente | Infection latente |
| Clínica | État clinique |
| Hallazgos radiológicos | Observations radiologiques |
| Isoniazida | Isoniazide |
| Rifampicina | Rifampicine |
| Pyrazinamida | Pyrazinamide |
| Etambutol | Éthambutol |
| Efecto adverso | Effet indésirable |
| Hepatotoxicidad | Hépatotoxicité |
| Fármaco de primera línea | Médicament de première ligne |
| Baciloscopia | Frotti d'expectoration |
| Terapia Observada Directamente (TOD) | Traitement/thérapie directement observé(e) (TDO) |
| Adherencia correcta | Observance correcte |
| Autoinforme | Auto-évaluation |

Conclusion

Ce travail de fin d'études porté sur la traduction médicale m'a permis, tant au travers de la partie théorique que pratique, de voir quelles étaient les particularités de ce domaine de spécialité. Il en ressort que tant la terminologie comme la phraséologie sont des éléments clés d'une traduction de qualité. Rappelons une fois de plus que pour parvenir à coordonner cohésion et rigueur, la recherche du traducteur dans des sources fiables (textes et dictionnaires) lui permet de tendre vers un texte tel que rédigé par un spécialiste sans pour autant être expert dans le domaine qu'il traduit.

Ce travail de grande envergure, digne d'un projet de traduction m'a permis de développer une méthodologie de gestion du temps et des ressources pour réussir, en quelques mois à peine, à approfondir les aspects théoriques de la traduction (notamment médicale) dont j'avais pour la plupart conscience afin de les mettre en application au moment de la traduction et lors du commentaire.

En dépit du temps imparti et de la difficulté à traduire certains passages ambigus dans la langue de départ ou alors dépourvus de documentation sur le sujet, en tant que langagière, je trouve le domaine très enrichissant à traduire du point de vue de l'apprentissage linguistique et culturel qu'il procure.

Bibliographie

- **Livre**

Margot, Jean-Claude (1979). *Traduire sans trahir*. Lausanne: Éditions l'Age d'Homme.

- **Revue**

Jammal, Amal. « Une méthodologie de la traduction médicale ». *Meta : journal des traducteurs/Meta : Translator's Journal*, vol.44, n°2, 1999, p217-237.

Durieux, Christine. « Transparence et fonctionnalité ». *Synergies Tunisie*, n°2, 2010, pp. 31-38.

Guix Comellas, Eva Maria. « La importancia de una adherencia correcta al tratamiento antituberculoso ». *ROL*, 2015, vol. 38, n°1, pp. 8-15.

Keller, Nicole. « La traducción de textos médicos especializados, ilustrada mediante el par de idiomas inglés-alemán ». *Panace@*, Vol. XII, 2011, pp. 234-238.

Rouleau, Maurice. « La langue médicale : une langue de spécialité à emprunter le temps d'une traduction », *TTR : traduction, terminologie, rédaction*, vol. 8, n°2, 1995, pp. 29-49.

- **Dictionnaires**

Dicciomed (2015) [en ligne]. Ediciones Universidad de Salamanca. Disponible sur : <<http://dicciomed.eusal.es/>>

Dictionnaire de français Larousse (2012) [en ligne]. Paris : Editions Larousse. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>>

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (2015) [en ligne]. Académie nationale de Médecine. Disponible sur : <<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>>

Le grand dictionnaire terminologique (2012) [en ligne]. Québec : Office québécois de la langue française. Disponible sur : <<http://www.granddictionnaire.com/>>

Linguee (2015) [en ligne]. Cologne: Lingue GmbH. Disponible sur : <<http://www.linguee.fr/>>

- **Webographie**

Conseils de traduction, (date manquante) [Article]. Chambéry : UFR LLSH - Université de Savoie. [Consulté en février 2015]. Disponible sur : <<http://www.llsh.univ-savoie.fr/lea/perdrieau/conseils.htm>>

Guía de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis (date manquante) [Guide]. CENAVE. [Consulté en janvier 2015] Disponible sur : <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/guia_adherencia.pdf>

La Tuberculose - Dépliant, (2010) [Dépliant]. Gourvenement du Québec. [Consulté en février 2015]. Disponible sur : <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/4e453335a04f2eef852571d30042afdc?OpenDocument>>

Pasteur Paul, *Traitements de la tuberculose et évaluation des stratégies de contrôle* (date manquante) [Article]. [Consulté en février 2015]. Disponible sur : <<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/151/?sequence=10>>

Reglas básicas para conseguir una buena traducción técnica (2012) [Article]. Madrid: Grupo Vivanco & García. [Consulté en janvier 2015]. Disponible sur : <http://www.vgmpharmatech.com/index.php?option=com_content&view=article&id=169%3AReglas-basicas-para-conseguir-una-buena-traduccion-tecnica&catid=57%3Aotono-2012&Itemid=167&lang=es>

Tuberculose (2011) [Article, vidéos]. Lille: Institut Pasteur. [Consulté en février 2015]. Disponible sur : <<http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/tuberculose>>

Tuberculose - Principaux faits (2015) [Article]. Genève : OMS. [Consulté en janvier 2015]. Disponible sur : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>>

Tuberculose (2009) [Article]. Paris : Institut Pasteur. [Consulté en février 2015]. Disponible sur : <<http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/tuberculose>>

Tuberculose, (2015) [Article]. Gouvernement du Québec. [Consulté en février 2015]. Disponible sur : <<http://www.santemontreal.qc.ca/vivre-en-sante/maladies/tuberculose/>>

Introducción

La adherencia se puede definir como el grado de cumplimiento que realizan los pacientes de las instrucciones que se les proporcionan para sus tratamientos prescritos. La adherencia al tratamiento antituberculoso es un eje fundamental para el control de esta enfermedad.

La tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad en muchos países y esto comporta un problema grave de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que alrededor del mundo existen aproximadamente 9.4 millones de casos nuevos de tuberculosis cada año [1] y, de estos, medio millón los causarán gérmenes multirresistentes. Estas resistencias surgen del mal cumplimiento terapéutico, ya sea por la omisión de dosis de fármacos, por la no finalización completa del tratamiento, etc. La tuberculosis multirresistente sigue siendo un problema, pues, a nivel mundial, la tasa de éxito terapéutico no superó el 86 % en el año 2008 [1].

El diagnóstico temprano, la disponibilidad de un tratamiento adecuado y la correcta adherencia a este son los ejes vertebradores para conseguir una disminución de las tasas de incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

En España, las guías de práctica clínica fundamentadas en las directrices tomadas por los grupos de trabajo de expertos en neumología, infectología, pediatría o salud pública [2, 3] no deberían dar lugar a equívoco en cuanto al diagnóstico precoz ni a la disponibilidad de la terapia farmacológica. Por lo tanto, todas las fuerzas para controlar la tuberculosis deben dirigirse a «mejorar el cumplimiento del tratamiento y los estudios de contactos» [4].

Existen varios estudios sobre el cumplimiento del tratamiento antituberculoso, centrados en identificar los factores de riesgo de abandono del tratamiento y en llevar a la práctica algunas intervenciones que puedan mejorarlo.

La tuberculosis en la actualidad

Epidemiología

Según los últimos datos de la OMS publicados en 2009, la prevalencia de la enfermedad tuberculosa se sitúa a nivel mundial entre los 12 y los 16 millones de casos [1] y esto la convierte en la enfermedad de tipo infeccioso más prevalente en el mundo.

En Europa, hay grandes diferencias en función del territorio, siendo los países del este europeo como Rusia, Rumanía, Bosnia-Herzegovina o Lituania los de mayor prevalencia e incidencia junto con Turquía y Portugal y, por el contrario, es en los países del norte de Europa (Países Escandinavos, Islandia, Noruega...) donde estas tasas se encuentran más bajas (tabla 1).

Si bien es cierto que el 75 % de los casos de tuberculosis se concentran en una lista de 22 países en

desarrollo [5], los datos para España reflejan una tasa de incidencia superior a la de otros países de su entorno socioeconómico. Este hecho se atribuye a varios factores, como los nuevos casos entre personas infectadas por VIH o los usuarios de drogas por vía parenteral, pero sobre todo a los inmigrantes provenientes de países con una alta endemia de tuberculosis. Estos movimientos migratorios se consideran un factor fundamental para entender la tendencia de esta enfermedad en la actualidad y se mencionan en casi toda la literatura [2-10].

Los últimos datos publicados en 2011 [1] estiman que en España ambas tasas estarían situadas alrededor de unos 20 casos por cada 100 000 habitantes (siendo de 19/100 000 habitantes para la prevalencia y de 17/100 000 habitantes y año para la incidencia), aunque se considera que estas cifras pueden estar sesgadas por la falta de declaración de la enfermedad, ya que, a pesar de tratarse de una enfermedad de declaración obligatoria nominal, se cree que un 30-40 % de los casos no se notifican [2, 6, 11]. Por consiguiente, la OMS estima que la cifra real se situaría alrededor de 30 casos/100 000 habitantes en España.

Las estadísticas no son técnicamente tan correctas como cabría esperar: un artículo muy citado de Ríos y Monleón [9] analizó los datos proporcionados por la OMS de los 52 países enmarcados dentro de la región

La adherencia se define como el grado de cumplimiento en relación con el tratamiento prescrito

PREVALENCIA E INCIDENCIA DEBIDA A LA TUBERCULOSIS PARA PERSONAS SERONEGATIVAS DE VIH ELABORADA CON DATOS DE LA OMS [1]

| | Prevalencia (por 100 000 habitantes) | | Incidencia (por 100 000 habitantes) | |
|-----------------|---|------|--|------|
| | 2000 | 2009 | 2000 | 2009 |
| España | 28 | 19 | 28 | 28 |
| Rusia | 179 | 132 | 179 | 179 |
| Islandia | 6.8 | 4.0 | 6.8 | 6.8 |
| Brasil | 89 | 50 | 89 | 89 |
| Colombia | 63 | 49 | 63 | 63 |
| Perú | 246 | 126 | 246 | 246 |
| Estados Unidos | 7.6 | 4.5 | 7.6 | 7.6 |
| Bangladesh | 484 | 425 | 484 | 484 |
| China | 214 | 138 | 214 | 214 |
| Japón | 47 | 26 | 47 | 47 |
| Costa de Marfil | 492 | 606 | 492 | 492 |
| Mauritania | 499 | 676 | 499 | 499 |
| Chad | 435 | 456 | 435 | 435 |
| Australia | 7.9 | 7.8 | 7.9 | 7.9 |

TABLA 1

MORTALIDAD POR 100 000 HABITANTES DEBIDA A LA TUBERCULOSIS PARA PERSONAS SERONEGATIVAS DE VIH
ELABORADA CON DATOS DE LA OMS [1]

| | Región de Europa | Región de África | Región de América | Región de Asia sudoriental | Región del Mediterráneo oriental | Región del Pacífico occidental |
|--------------------------------|------------------|------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Media (por 100 000 habitantes) | 6.9 | 52 | 2.1 | 27 | 17 | 13 |
| | España 0.7 | Argelia 2.4 | Canadá 0.2 | Tailandia 18 | Jordania 0.2 | Australia 0.2 |
| | Portugal 1.5 | Tanzania 11 | Cuba 0.2 | India 23 | Egipto 1.1 | Japón 1.4 |
| | Bulgaria 3.3 | Camerún 15 | EUA 0.2 | RPD Corea 25 | Marruecos 5.8 | China 12 |
| | Rumania 6.6 | Ghana 42 | México 0.6 | Bangladesh 51 | Iraq 14 | Filipinas 35 |
| | Lituania 9.0 | Sudáfrica 52 | Brasil 2.1 | Timor 66 | Sudán 23 | Vietnam 36 |
| | Rusia 18 | Etiopía 64 | Perú 5.2 | | Afganistán 38 | Camboya 71 |
| | Ucrania 26 | Senegal 70 | Ecuador 6.9 | | Pakistán 38 | |
| | Tayikistán 48 | Togo 113 | Bolivia 21 | | Somalia 57 | |
| | | Sierra Leona 153 | Haití 30 | | | |

TABLA 2

La tuberculosis se considera la enfermedad de tipo infeccioso más presente en el mundo

Europea durante un periodo de 27 años, desde 1980 a 2006, para objetivar la tendencia de la incidencia de la tuberculosis en dichos países. Los autores concluían que, en general, y en todos los países estudiados, hubo una disminución de la incidencia, aunque fuese lenta, hasta 1992, año que señalaban como el del cambio de tendencia. A partir de entonces, la tasa se incrementaba y calculaban que este aumento podría proyectarse hasta 2015. Sin embargo, según la OMS esto no se habría cumplido y ambas tasas, la de prevalencia y la de incidencia, habrían descendido muy ligeramente desde el año 2000.

Aunque en todo el mundo la mortalidad debida a esta enfermedad ha disminuido más de un tercio desde 1990, siguen muriendo cada año por su causa 1.3 millones de personas. Las cifras de decesos dependen mucho del nivel de desarrollo de los diferentes países, y existe una gran variabilidad dentro del propio continente europeo e incluso en países geográficamente no muy alejados. Mientras que la mortalidad en personas seronegativas para el VIH en España es de 0.7/100 000 habitantes, esta misma tasa en el este de Europa se eleva: en Rusia es de 18 y en Ucrania de 26. Fuera del continente europeo, Sierra Leona, en África, es el país donde existe la mayor mortalidad: aproximadamente 153/100 000 habitantes (tabla 2).

En los últimos veinte la mortalidad por tuberculosis en el Estado español ha descendido de manera muy importante y se limita en la actualidad a ciertos grupos de mayor riesgo, como las personas de edades extremas (incluidos los niños), la población en situación de pobreza, los pacientes inmunodeprimidos o las formas extrapulmonares de diagnóstico tardío [2].

La clínica

Se cree que cerca de un tercio de la población mundial está infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*, lo que comporta un gran reservorio que será una fuente de casos nuevos aún durante muchos años [2]. Epidemiológicamente, este individuo infectado, pero sin enfermedad activa, es fundamental, puesto que, aunque no es contagioso, puede ser portador del bacilo durante toda su vida, con el consiguiente riesgo potencial de enfermar en cualquier momento. A este estado se lo denomina de «infección latente». Tan solo cuando este individuo sano e infectado presenta manifestaciones clínicas o radiológicas compatibles, se hablará de «enfermedad tuberculosa» o tuberculosis y será potencialmente contagioso si la enfermedad tiene un componente pulmonar.

En la mayoría de casos, el mecanismo de transmisión es la vía aérea mediante la tos, la risa o el habla de los pacientes enfermos, y aunque existen otras vías de transmisión posibles como la urogenital, la cutáneo-mucosa o la transplacentaria, estas son más infrecuentes [11].

Los individuos solamente infectados no presentan manifestaciones clínicas ni hallazgos radiológicos, aunque se los puede diagnosticar mediante la positividad en la prueba de la tuberculina, que refleja la hipersensibilidad celular retardada del organismo hacia el bacilo. En cambio, la enfermedad tuberculosa sí que presenta unos signos, unos síntomas y/o unos hallazgos radiológicos característicos. No obstante, debido al inicio poco específico e insidioso de estos, el diagnóstico puede demorarse, con el consiguiente retraso en el inicio del tratamiento, lo que aumenta la morbilidad y las secuelas para el paciente, y el riesgo de contagio a las demás personas. En España, la media de esta demora en el diagnóstico es de

tres meses, n para una tub inferior a 3 se

Las manifi y/o específico ción de la en con astenia o profusa dura micos. Por o función de l [13]: la tos y culosis pulm sis pleural, la genitourinar teoarticular, culosis gangl

El tratamien de riesgo de
En la actual cos para la berculosa.

El fármac fección late desarrollo d rapéutica ro es la hepato

En el ad especiales d adherencia, pautas de i durante 4 [15] comp durante 6 r meses y –c diferencias abandonos ción (aban a la menor que los aut na como b recomiend fampicina

Cuando ya está est ticos recor tratamient meses de c puede osci tratamient un combi pirazinami dos de 4 r también t gativas o l

tres meses, mientras que lo que se considera aceptable para una tuberculosis pulmonar es que este tiempo sea inferior a 3 semanas [12].

Las manifestaciones clínicas pueden ser sistémicas y/o específicas, y estas últimas dependen de la localización de la enfermedad. La fiebre y un malestar general con astenia o pérdidas de apetito y peso, y la sudoración profusa durante la noche conforman los síntomas sistémicos. Por otro lado, la clínica más específica varía en función de las formas clínicas de afectación orgánica [13]: la tos y la expectoración purulenta para la tuberculosis pulmonar; el derrame pleural para la tuberculosis pleural, la disuria o la hematuria para la tuberculosis genitourinaria; el dolor articular para la tuberculosis osteoarticular, las adenopatías no dolorosas para la tuberculosis ganglionar, etc.

El tratamiento y los factores de riesgo de mala adherencia al mismo

En la actualidad disponemos de tratamientos antibióticos para la infección latente y para la enfermedad tuberculosa.

El fármaco de elección para el tratamiento de la infección latente es la isoniazida, que puede proteger del desarrollo de la enfermedad de por vida. Su eficacia terapéutica ronda el 90 %, y su principal efecto secundario es la hepatotoxicidad.

En el adulto, se aconseja que, en ciertas situaciones especiales donde pueda existir la sospecha de una mala adherencia, se acorte la duración del tratamiento con pautas de isoniazida durante 6 meses o de rifampicina durante 4 meses [14]. Un estudio retrospectivo suizo [15] comparó la adherencia a la isoniazida prescrita durante 6 meses con la rifampicina prescrita durante 4 meses y –con una muestra de 624 individuos– detectó diferencias significativas: menos interrupciones y menos abandonos del tratamiento con la pauta de menor duración (abandonos que se asociaron, entre otros factores, a la menor hepatotoxicidad de la rifampicina), por lo que los autores destacan la prescripción de la rifampicina como buena alternativa a la isoniazida. En el niño se recomiendan pautas de 9 meses de isoniazida, de 6 de rifampicina o la combinación de ambos durante 3 meses.

Cuando el diagnóstico de enfermedad tuberculosa ya está establecido, existen varios regímenes terapéuticos recomendados. Todos ellos incluyen dos fases de tratamiento: la inicial o de inducción, siempre de dos meses de duración, seguida de la de consolidación, que puede oscilar entre los 4 y los 16 meses. Actualmente el tratamiento considerado preferente consiste en tomar un combinado de 4 fármacos: isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol diarios en la fase inicial, seguidos de 4 meses solamente con isoniazida y rifampicina también tomadas a diario. Si las baciloscopias son negativas o las formas de enfermedad tuberculosa no son

muy graves o extensas, y se comprueba que el germen es sensible a los otros fármacos de primera línea, se puede prescindir del etambutol [2, 14].

Cuando estos tratamientos se completan de forma adecuada son muy eficaces, ya para evitar la progresión de la infección latente hacia la enfermedad, ya para curar la propia enfermedad y evitar el contagio hacia otros individuos.

El tratamiento debe tomarse correcta e ininterrumpidamente. Es decir, la adherencia al tratamiento es fundamental para que este sea eficaz y para evitar que los gérmenes generen resistencias a los fármacos, pero existen varios factores relacionados con el tratamiento de la tuberculosis que no favorecen un cumplimiento adecuado de estos regímenes, entre ellos, la larga duración de la terapia, sus efectos adversos, algunos de los cuales pueden ser graves, y que, en el caso del paciente con infección latente, este no presenta sintomatología alguna.

En la literatura están descritos también otra serie de factores de riesgo, muchos de ellos de tipo sociodemográfico, en los que la adherencia correcta al tratamiento por parte de los pacientes adultos es más difícil de conseguir. Suelen considerarse los siguientes: el confinamiento, el uso de drogas por vía parenteral, la infección por VIH y la inmigración. Este último punto es motivo de estudio de importantes investigaciones españolas.

Caylà et al. [16] realizaron un estudio multicéntrico en el que incluyeron a 1490 pacientes durante los años 2006-2007 con el objetivo de analizar la adherencia al tratamiento antituberculoso en España e identificar los factores de riesgo asociados a ello. Obtuvieron una tasa de seguimiento del tratamiento del 93.5 %, considerada muy buena respecto a los resultados de la mayoría de otros estudios, y concluyeron que los inmigrantes, las personas que vivían solas, los presos, los pacientes tratados previamente y aquellos con dificultades de comprensión eran aquellos con una peor adherencia al tratamiento, por lo que deberían someterse a terapia directamente observada (TOD).

A una conclusión muy similar acerca de la población inmigrante llegaron otros dos estudios españoles: Sanz et al. [17] y Basterrechea et al. [18].

Sanz et al. realizaron un estudio multicéntrico en el que participaron 15 de los 18 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, en el que se incluyeron todos los casos de enfermedad tuberculosa padecida por inmigrantes, mayores de 15 años y no institucionalizados durante todo el año 2003. Después de incluir a 296 pacientes, concluyeron que la población inmigrante no alcanzaba la meta propuesta por la OMS de sobrepasar el 85 % de seguimiento del tratamiento –pues se quedaba tan solo en un 75 %– y dilucidaron que el abandono se producía después de 3 meses de tratamiento. Estudiaron los perfiles sociodemográficos de estos pacientes y concluyeron que aquellos que no tenían apoyo familiar

tenían un riesgo mayor de abandono del tratamiento.

Basterrechea et al., después de analizar los 903 casos de tuberculosis registrados durante un periodo de cinco años en la provincia de Guipúzcoa, concluyeron que el cumplimiento del tratamiento era peor en los extranjeros, los cuales eran más jóvenes, con menos enfermedades crónicas y con menos estudios que los enfermos autóctonos.

Las especificidades de la tuberculosis en la población infantil

Los niños y las personas mayores son mucho más propensos a desarrollar la enfermedad que el resto de la población, sobre todo los menores de 5 años y los mayores de 65. Por lo tanto, se debería focalizar la atención diagnóstica en las edades extremas, y tener en cuenta sobre todo las especificidades de los niños.

La importancia de la infección por *M. tuberculosis* en el niño está muy bien documentada [3, 5, 19]. En el paciente pediátrico existe una mayor, y más rápida, tendencia de progresión de la infección latente hacia la enfermedad tuberculosa –el porcentaje es de un 10 % en el adulto y de un 40 % en el niño [3]– y, cuando se produce la enfermedad, esta se asocia con más frecuencia a las formas más graves de tuberculosis, como la miliar o la meníngea, las cuales son mucho más habituales en los niños que en los adultos [19, 20], y con una mayor morbimortalidad.

El riesgo de enfermar, así como la gravedad de esta enfermedad, suelen ser inversamente proporcionales a la edad del niño: a menor edad, mayor riesgo. Existe un amplio consenso sobre el hecho de que el paciente pediátrico con enfermedad tuberculosa acostumbra en su mayoría a haber padecido una infección reciente y a desarrollar la enfermedad no siendo casi nunca bacilífero, así que, desde el punto de vista epidemiológico, se lo considera un «caso centinela» de la infección en la población general [5, 6, 19, 20]. Así pues, el número de casos de niños enfermos o infectados es indicador del estado de la situación epidemiológica de la infección tuberculosa en su población de origen.

El diagnóstico de tuberculosis a nivel pediátrico no es fácil, ya que el hecho de que los niños no suelen ser bacilíferos impide a menudo la confirmación microbiológica del diagnóstico y dificulta la orientación y el seguimiento de la evolución terapéutica mediante la negativización de los cultivos como se hace en el adulto [3, 5-7]. La confirmación bacteriológica solo suele ser posible en el 30-40 % de los casos. A veces, en estos niños, la diferenciación entre enfermedad e infección latente depende de un médico experto y esto puede conducir a errores de diagnóstico.

Respecto a la terapéutica, según la Asociación Española de Pediatría en el último documento de consenso pu-

blicado [7], se recomienda el tratamiento empírico de inducción con los mismos 4 fármacos que en el adulto.

Y si la necesidad de tratamiento profiláctico antituberculoso secundario en la infección latente del adulto es clara, todavía se justifica mucho más en el caso del niño, incluso si solo ha habido exposición de este niño al bacilo (sin infección latente). Un estudio norteamericano [21] reafirmó esta profilaxis en los recién nacidos de sus unidades ante esta situación solo de exposición. Después de crear y aplicar un algoritmo de tratamiento en su hospital, dividieron los bebés en dos grupos: a uno de ellos se les administró tratamiento profiláctico y al otro grupo no. Los investigadores concluyeron que los beneficios terapéuticos estaban muy por encima de los riesgos asociados al tratamiento como la hepatotoxicidad, la cual en raras ocasiones puede ser fatal en los niños de pocos días de vida.

A los factores que dificultan el seguimiento del tratamiento en el adulto se tienen que sumar otros más específicos del ámbito infantil, como son: la necesidad de utilizar combinaciones de como mínimo 3-4 fármacos en la enfermedad tuberculosa y el hecho de que las preparaciones disponibles de algunos de los fármacos antituberculosos no son adecuadas para la edad pediátrica (medida de los comprimidos, ausencia de soluciones orales, características organolépticas poco agradables...).

Según Alcaide et al. [6], la situación de la tuberculosis infantil en España está muy alejada de otros países desarrollados, donde únicamente se presenta en minorías étnicas, inmigrantes recientes o familias de nivel socioeconómico muy bajo.

Objetivo: mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso

En 1993 la OMS declaró el estado de emergencia internacional frente a la tuberculosis y para ello se marcaron unos objetivos dirigidos a toda la población en general para conseguir, entre otras cosas, mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Una de las estrategias para conseguir este objetivo consiste en la aplicación del tratamiento directamente observado (TOD), pero existen varios obstáculos que impiden generalizar esta medida, por ejemplo su elevado coste y la escasez de personal capacitado. Por ello en España, y según las recomendaciones nacionales del Ministerio de Sanidad [4], solo se incluyen en programas TOD a los pacientes con algún factor de riesgo para evitar que no realicen o realicen de manera incompleta el tratamiento.

Métodos de medición de la adherencia

Existen distintos tipos de métodos para medir la adherencia, todos ellos con sus ventajas y sus desventajas, por lo que no existe uno ideal que pueda ser considerado como *gold standard* [22].

Los métodos de TOD o la presencia de metabolitos en el caso de los niños pueden verse afectados como los...

Los demás métodos subjetivos y cuestionarios de los autoinformantes; la terapia manual o el refuerzo, los recordatorios son los más adecuados solo aproximadamente herencia al...



Otros métodos de seguimiento de la adherencia no son tan precisos como el método de TOD [23-25], pero el uso de un medidor de dosis [22]. Este método requiere de un recuento de dosis positivas en el Monitor de Adherencia. Esta medida de los problemas de adherencia a su alto costo de implementación a ser validados por los investigadores que registran la adherencia del paciente.

También se han utilizado métodos de intervención que no dependen de la adherencia del paciente y es además, a pesar de que se hace de él...

Los métodos considerados directos u objetivos, como el TOD o la medición de concentraciones de fármacos o metabolitos en sangre o en orina, son caros y, además, en el caso de la realización de análisis sus resultados pueden verse afectados por interacciones con otros fármacos como los antiepilépticos.

Los demás métodos, llamados indirectos, son más subjetivos y muy variados, e incluyen: la utilización de cuestionarios para los pacientes o para sus cuidadores; los autoinformes o diarios realizados por el propio paciente; la terapia psicológica; el seguimiento telefónico manual o informatizado; la información escrita de refuerzo, los registros de dispensación farmacéutica, los recordatorios en el móvil, etc. Estos métodos indirectos son los más ampliamente utilizados, pero se consideran solo aproximaciones a la valoración de una correcta adherencia al tratamiento.

terberg [22], esta fácil distorsión de los resultados obtenidos es una desventaja compartida con otro método, como es el de los cuestionarios que se realizan al paciente o al cuidador por parte de personal sanitario.

Una revisión sistemática buscó la correlación entre los dispositivos electrónicos y los cuestionarios de autoinforme [28]. En ella se analizaron 41 de los 1679 artículos encontrados, y estos reflejaron que en la mayoría de ellos (68 %) existía una correlación significativa entre los dos métodos, ya fuese alta, moderada o baja.

En cuanto a la edad pediátrica, tanto en las Guías de Práctica Clínica de la OMS como en las de los CDC de Estados Unidos se recomiendan programas de TDO para todos los casos de infección latente o enfermedad tuberculosa en pacientes menores de 18 años. Esto no se aplica en nuestro país, al igual que en la población adulta, por falta de recursos económicos.



En ciertas situaciones especiales donde pueda existir la sospecha de una mala adherencia, se adapta la duración del tratamiento

Otros métodos indirectos como el recuento de pastillas no consiguen poner de acuerdo a los autores de diferentes investigaciones. Mientras que para unos este método es eficaz y podría clasificarse como objetivo [23-25], para otros no debería considerarse un buen medidor de la adherencia, pues es muy manipulable [22]. Este método ha ido evolucionando desde el simple recuento de pastillas de los *blisters* hasta el uso de dispositivos electrónicos como las tapas Medication Event Monitoring System (MEMS) en los envases de comprimidos. Estas tapas contienen un microchip que mide la fecha y la hora en la cual los envases se abren. Algunos de los problemas relacionados con estos dispositivos son: su alto coste –lo cual reduce mayoritariamente su utilización a solo el área de investigación–; que deben ser validados previamente a su uso [26], y finalmente, que registran la apertura de su tapa, pero que nadie certifica que el paciente realmente toma la medicación [22].

También es interesante estudiar la discriminación entre la no adherencia intencional y la no intencional, pues las intervenciones que se requerirán para corregirla no serán las mismas. Según Garfield [27], el autoinforme de un paciente permitiría realizar dicha discriminación, y es además un método muy económico y discreto. NO obstante, la marcada sobrestimación de la adherencia hace de él un método no demasiado objetivo. Según Os-

Sea cual sea el método escogido para intentar mejorar el cumplimiento terapéutico, este tiene que ser fiable y validado [29], lo que reducirá los errores en el proceso de medición.

El destacado papel de enfermería en las intervenciones

Muchos son los autores que destacan la importancia del seguimiento enfermero en las intervenciones, con la aplicación de los métodos descritos, para aumentar la adherencia al tratamiento. El papel de la enfermera es importante, pues muchos de los procesos terapéuticos dependen directamente del seguimiento enfermero. Incluso algunos autores, como Haynes, que son críticos con la eficacia de estas intervenciones sobre el resultado clínico final esperado sobre el paciente, destacan este punto: «En la práctica es posible que las funciones de los/as enfermeros/as y los farmacéuticos se deban ampliar para incluir más orientación a los pacientes, y que esto promueva la mejoría de la adherencia a la medicación».

Pero si, en general, la literatura acerca de intervenciones destinadas a mejorar el cumplimiento de las indicaciones de la medicación sigue siendo sorprendentemente pobre a pesar de su importancia, las investigaciones realizadas por enfermeras y la literatura disponible escrita

por enfermeras al respecto es todavía más escasa, y aún menos en el caso de edades pediátricas.

Una fuente importante de artículos sobre la adherencia al tratamiento antituberculoso llevado a cabo por enfermeras lo encontramos sobre todo en Estado Unidos y hacen referencia a las intervenciones de seguimiento y control realizadas por enfermeras en la población latinoamericana inmigrada a este país [10, 30, 31]. Estas intervenciones incluyen desde un mayor seguimiento con información escrita de refuerzo hasta la presencia en las visitas ambulatorias de una persona mediadora-traductora que traduzca o canalice mejor la información que se pretende transmitir.

La inmensa mayoría de literatura existente que trata de estas intervenciones y de su eficacia suele destacar los beneficios de todos estos métodos para aumentar en general la adherencia a los tratamientos de los pa-

realizar un abordaje individual en la elección del método y sus intervenciones, puesto que un sistema que es exitoso con un paciente puede no serlo con otro, y además resaltó que aunque algunos métodos sean ciertamente eficaces, la combinación de estos siempre será preferible.

En la Declaración de Naciones Unidas para este milenio se espera que la tuberculosis deje de ser un problema hacia el año 2050.

Conclusiones

La tuberculosis presenta una incidencia y prevalencia elevadas. A nivel mundial existen grandes diferencias en función del territorio en lo concerniente a estas tasas y su mortalidad. España presenta una incidencia superior a la de otros países de su entorno socioeconómico. El tratamiento es prolongado y con efectos secundarios



cientes, pero una revisión Cochrane [23] cuestiona si la eficacia de todas estas intervenciones se refleja sobre el resultado final con la obtención de una mejora clínica del paciente. Esta revisión incluyó 78 ensayos aleatorios que estudiaban a pacientes a los que se les había prescrito algún fármaco, incluidos los psiquiátricos, y estos fármacos debían prescribirse y autoadministrarse y el seguimiento que debía realizarse tenía que durar un mínimo de seis meses. Se concluyó que, en los tratamientos a corto plazo (donde se incluían básicamente infecciones agudas), las intervenciones, aun siendo sencillas, eran eficaces, mientras que, en los tratamientos a largo plazo (donde se incluían estudios para pacientes con fármacos antituberculosos, con VIH, con hipertensión, con diabetes, con esquizofrenia, con epilepsia, con depresión, con anticoagulantes orales, etc.), estas intervenciones eran más complejas y laboriosas y, aunque su combinación (información escrita, dispositivos de monitorización, cuestionarios...) podía aumentar la adherencia al tratamiento, ello no conllevaba necesariamente una mejoría clínica del paciente. El mensaje negativo que contiene esta revisión posiblemente no habría sido tan desalentador si se hubieran incluido ensayos que solo midieran el cumplimiento.

Osterberg, en otro artículo de revisión [22] sobre la adherencia a la medicación, destacó la importancia de

importantes, y esto se agrava en los niños. La adherencia al tratamiento es fundamental para controlar la enfermedad y evitar resistencias a los fármacos. Es importante identificar los marcadores epidemiológicos, clínicos o sociales (inmigración, drogadicción...) que permiten predecir una buena o una mala adherencia al tratamiento antituberculoso. A los factores de riesgo que dificultan el seguimiento del tratamiento en el adulto se tienen que sumar otros más específicos en el ámbito infantil.

Existen distintos tipos de métodos, directos e indirectos, para medir la adherencia al tratamiento antituberculoso, pero ninguno parece ser ideal. Toda la literatura revisada coincide en destacar la importancia de un seguimiento adecuado de estos pacientes para aumentar la adherencia. El rol de la enfermera y sus intervenciones son muy importantes.

Los profesionales de enfermería deberían realizar más estudios con el objetivo de conocer qué factores pueden mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso y poder, así, diseñar nuevas estrategias que se plasmen en intervenciones destinadas a mejorar el cumplimiento terapéutico y que redunden en un mejor control de la tuberculosis.

- [1] World Health Org. May 2013]. Disponible en: [Full.pdf](#)
- [2] Grupo de trabajo y la Prevención de la Tuberculosis. Guía de Práctica Clínica de la Tuberculosis. Ministerio de Sanidad y Consumo. AATRM n.º 2007
- [3] Grupo de Trabajo de la Tuberculosis. Documento de consenso para el diagnóstico y tratamiento en niños. An
- [4] Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Dirección de la Tuberculosis. [www.msp.es](#)
- [5] Adams L, Starke Z. Disponible en: [children/source/abstract/1967](#)
- [6] Alcaide J, Altet M. 2000; 53(5): 449
- [7] Grupo de Trabajo de la Tuberculosis. Documento de consenso de la tuberculosis resistente
- [8] Altet MN, Alcaide J. 2000; 53(5): 449
- [9] Rios M, Monleón M. in the WHO's E
- [10] Aillinger RL. *BMC Tuberculosis Infect Dis* 2007; 24(3): 19
- [11] Fortún J, Martín J. *Bacterium tuberculosis*
- [12] Medina J, Calvo L. 2010; 10(67): 45
- [13] Martínez E, Martín J. *Formas clínicas de la tuberculosis*
- [14] Lainez S, Martín J. *mioprofilaxis de la tuberculosis*
- [15] Fresard I. *Bridge treatment of rifampin resistance: a retrospective study*
- [16] Caylà JA, Rodríguez Casals M, W. *Tuberculosis treatment: a retrospective study* 2009; 10: 121.

né-
que
, y
ier-
erá

ile-
le-

cia
ias
isas
pe-
co-
ios



cia
fer-
an-
cos
ten
en-
cul-
len
l.
rec-
per-
ura
se-
tar
cio-

nás
len
io y
en
nto
e la

BIBLIOGRAFÍA

- [1] World Health Organization. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2011 [Acceso 22 May 2013]. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
- [2] Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Centro Cochrane Iberoamericano (coordinador). Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya. Guía de Práctica Clínica en el SNS: AATRM n.º 2007(26); 2009.
- [3] Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar en niños. *An Pediatr* 2007; 66(6): 597-602.
- [4] Ministerio de Sanidad y Política Social, editor. Plan para la Prevención y el Control de la Tuberculosis en España. 2008 [Acceso 1 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.msps.es>
- [5] Adams L, Starke J. Tuberculosis disease in children. 2011 [Acceso 1 Feb 2013]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-disease-in-children?source=search_result&search=tuberculosis+disease+in+children&selectedTitle=1%7E150
- [6] Alcaide J, Altet MN, Canela S. Epidemiología de la tuberculosis. *An Esp Pediatr*. 2000; 53(5): 449-57.
- [7] Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre la tuberculosis resistente a fármacos. *An Pediatr*. 2009; 71(5): 447-58.
- [8] Altet MN, Alcaide J. Control y eliminación de la tuberculosis en España: las estrategias para el siglo XXI. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64(1): 66-73.
- [9] Rios M, Monleón-Getino T. A graphical study of tuberculosis incidence and trends in the WHO's European region (1980-2006). *Eur J Epidemiol*. 2009; 24(7):381-7.
- [10] Aillinger RL, Black P, Nguyen N, Lasus H. Predictors of adherence to Latent Tuberculosis Infection therapy in Latino immigrants. *J Community Health Nurs*. 2007; 24(3): 191-8.
- [11] Fortún J, Martín-Dávila P, Rodríguez JM, Navas E, Moreno S. Infección por *Mycobacterium tuberculosis*. *Medicine*. 2010; 10(56): 3808-19.
- [12] Medina J, Calero C, Álvarez F, Romero A. Tuberculosis pulmonar. *Medicine* 2010;10(67): 4587-96.
- [13] Martínez E, Mateos F, Blanch JJ, Salinas A, García M. Tuberculosis extrapulmonar. Formas clínicas. *Medicine*. 2010; 10(56): 3820-9.
- [14] Lainez S, Martínez MB, Costa A, Rodríguez M. Indicaciones de profilaxis y quimioprofilaxis de la tuberculosis. *Medicine*. 2010; 10(56): 3865-9.
- [15] Fresard I, Briedevaux PP, Rochat T, Janssens JP. Adverse effects and adherence to treatment of rifampicine 4 months vs isoniazid 6 months for latent tuberculosis: a retrospective analysis. *Swiss Med Wkly*. 2011; 141: w13240.
- [16] Caylá JA, Rodrigo T, Ruiz-Manzano J, Caminero JA, Vidal R, García JM, Blanquer R, Casals M. Working Group on Completion of tuberculosis Treatment in Spain. Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain. *Respiratory Research*. 2009; 10: 121.
- [17] Sanz B, Blasco T, Galindo S. Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. *Gac Sanit*. 2009; 23(Supl. 1): 80-5.
- [18] Basterrechea M, Sancho R, Idigoras P, Temprano M. Caracterización de los casos de tuberculosis en población autóctona y extranjera de Guipúzcoa en el periodo 2003-2007. *Gac Sanit*. 2009; 23(Supl. 1): 74-9.
- [19] Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre el tratamiento de la exposición a tuberculosis y de la infección latente en niños. *An Pediatr*. 2006; 64(1): 59-65.
- [20] Adams L, Starke J. Latent tuberculosis infection in children. 2011 [Acceso 1 Feb 2013]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/latent-tuberculosis-infection-in-children?source=search_result&search=tuberculosis+disease+in+children&selectedTitle=2%7E150
- [21] Berkowitz F, Severens J, Blumberg H. Exposure to Tuberculosis among Newborns in a Nursery: Decision Analysis for Initiation of Prophylaxis. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2006; 27(6): 604-11.
- [22] Osterberg L. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353(5): 487-97.
- [23] Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence [Revisión]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 4: CD000011.
- [24] De Bleser L, Vincke B, Dobbels F, Happ MB, Maes B, Vanhaecke J, et al. A new electronic monitoring device to measure medication adherence: usability of the Helping Hand™. *Sensors (Basilea)*. 2010; 10(3): 1535-52.
- [25] Deschamps AE, Graeve VDE, van Wijngaerden E, De Saar V, Vandamme A, van Vaerenbergh K, et al. Prevalence and correlates of nonadherence to antiretroviral therapy in a population of HIV patients using Medication Event Monitoring System. *AIDS Patient Care STDS*. 2004; 18(11): 644-57.
- [26] De Bleser L, De Geest S, Vincke B, Ruppert T, Vanhaecke J, Dobbels F. How to test electronic adherence monitoring devices for use in daily life: a conceptual framework. *Comput Inform Nurs*. 2011; 29(9): 489-95.
- [27] Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: A systematic review. *BMC Medical Research Methodology*. 2011; 11: 149.
- [28] Shi L, Liu J, Koleva Y, Fonseca V, Kalsekar A, Pawaskar M. Concordance of adherence measurement using self-reported adherence questionnaires and medication monitoring devices. *Pharmacoeconomics*. 2010; 28(12): 1097-107.
- [29] Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm*. 2008; 65(23): 2276-2284.
- [30] Aillinger RL, Moore JB, Nguyen N, Lasus H. Adherence to latent tuberculosis infection therapy among Latino immigrants. *Public Health Nurs*. 2006; 23(4): 307-13.
- [31] Aillinger RL, Martyn D, Lasus H, Lima N. The effect of a cultural intervention on adherence to latent tuberculosis infection therapy in Latino immigrants. *Public Health Nurs*. 2010; 27(2): 115-20.