

Gestion des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH :

Cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux

Guide du facilitateur



**Organisation
mondiale de la Santé**

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'Organisation mondiale de la Santé pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, explicite ou implicite, et le lecteur est responsable de son interprétation et de son utilisation. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait en aucun cas être tenue responsable de tout dommage résultant de l'utilisation dudit matériel. Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Gestion des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH :

Cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux

Guide du facilitateur

Genève, 2005

Remerciements

Le présent manuel fait partie d'une série de documents sur la gestion des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH : cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux, préparés par le Département Halte à la tuberculose, de l'Organisation mondiale de la Santé. Il est destiné à aider les pays à élaborer et organiser leurs propres cours sur les activités conjointes tuberculose/VIH à l'intention des responsables de la lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA aux niveaux national et subnational. Ce projet a été coordonné par Rafael Alberto López, du Département Halte à la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé. Le module de formation a été préparé par Giovanni Battista Migliori, du Centre collaborateur de l'OMS pour la tuberculose et les maladies pulmonaires, Fondazione S. Maugeri, Institut de soins et de recherche, Tradate (Italie) et Karin Bergstrom et Pierre-Yves Norval, du Département Halte à la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé. Tous ont contribué à en développer le contenu avec Alberto Matteelli, de l'Université de Brescia (Italie).

Ont également apporté une contribution technique :

Akiiki Bitalabeho, Département VIH/SIDA, OMS
Caterina Casalini, Ministère de la Santé, Ethiopie
Rhehab Chimzizi, Ministère de la Santé, Malawi
Nickolas De Luca, United States Centers for Disease Control and Prevention, Etats-Unis d'Amérique
Anthony Harries, Ministère de la Santé, Malawi
Haileyesus Getahun, Département Halte à la tuberculose, OMS
Massimo Ghidinelli, Bureau de l'OMS pour le Cambodge
Daniel Kibuga, Bureau régional OMS de l'Afrique
Fabio Luelmo, consultant, Pays-Bas
Paul Nunn, Département Halte à la tuberculose, OMS
Rose Pray, Département Halte à la tuberculose, OMS
Gilles Poumerol, Département VIH/SIDA, OMS
Alasdair Reid, Département Halte à la tuberculose, OMS
Félix Salaniponi, Ministère de la Santé, Malawi
Igor Toskin, Département Halte à la tuberculose, OMS
Jan van den Hombergh, Bureau de l'OMS pour l'Ethiopie
Marco Vitoria, Département VIH/SIDA, OMS.

Le module de formation a été testé sur le terrain lors de cinq cours sur les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH à Addis Abeba (Ethiopie) et Sondalo (Italie) en 2004 et 2005.

**Gestion des activités conjointes de lutte contre
la tuberculose et le VIH :**
Cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux
Guide du facilitateur

Table des matières

	Page
Présentation du guide du facilitateur	5
Instructions générales	10
I. Techniques du facilitateur	10
II. Pendant que les participants travaillent.....	14
III. Animation des discussions générales.....	14
IV. Commentaires personnalisés.....	15
Grille du cours	17
Emploi du temps du cours	20
Instructions pour l'unité 1 :	
Présentation du cours	21
Instructions pour l'unité 2 :	
Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.....	25
Instructions pour l'unité 3 :	
Epidémiologie	29
Instructions pour l'unité 4 :	
Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA	41
Instructions pour l'unité 5	
partie 1 : La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose	51
partie 2 : Prise en charge clinique de la tuberculose	53
Instructions pour l'unité 6	
partie 1 : Accès universel au traitement antirétroviral	61
partie 2 : Prise en charge clinique du VIH/SIDA.....	63
Instructions pour l'unité 7 :	
Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA	71
Instructions pour l'unité 8 :	
Politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.....	75

Instructions pour l'unité 9 :	
Enregistrement et notification en vue de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.....	79
Instructions pour l'unité 10 :	
Surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose.....	85
Instructions pour l'unité 11 :	
Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.....	89
Instructions pour l'unité 12 :	
Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.....	93
Instructions pour l'unité 13 :	
Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.....	97
Instructions pour l'unité 14 :	
Etude de cas sur la fourniture des services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA – l'exemple du Malawi.....	101
Instructions pour l'unité 15 :	
Visite d'un établissement de santé local fournissant des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose et du VIH/SIDA	105
Instructions pour l'unité 16 :	
Finalisation individuelle des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	107
Instructions pour l'unité 17 :	
Discussion des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.....	109
Instructions pour l'unité 18 :	
Evaluation du cours.....	111

PRESENTATION DU GUIDE DU FACILITATEUR

A qui ce cours est-il destiné ?

Ce cours est destiné aux administrateurs des programmes de lutte contre la tuberculose ou le VIH/SIDA qui travaillent au niveau national ou subnational et sont chargés de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre et de l'évaluation des activités de ces programmes.

Ces responsables sont en général des médecins. Ces hommes et ces femmes travaillent pour leur Ministère de la Santé au niveau national ou subnational dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose ou contre le VIH/SIDA. Ils n'exercent en général aucune fonction médicale, leurs tâches étant avant tout de nature administrative ou gestionnaire. Bien qu'ils se doivent de bien connaître les directives cliniques du programme national de lutte contre la tuberculose ou le VIH/SIDA, leur principale responsabilité est de permettre et de contrôler l'application de ces directives, plutôt que de prendre en charge directement les traitements.

Quelles sont les méthodes pour ce cours ?

Elles sont très variées : exposés, présentations, exercices, discussions, échanges des expériences entre facilitateurs et participants, ainsi que des visites sur le terrain dans des établissements locaux assurant des services de soins pour la tuberculose ou le VIH/SIDA. On considère toutefois que la pratique est un élément crucial, qu'il s'agisse de la résolution de problèmes, de discussions, d'échanges d'expériences entre facilitateurs et participants ou des visites dans les établissements de santé.

- Les présentations servent à introduire les unités, discussions et exercices.
- Les exercices reposent sur les données d'un pays imaginaire, la Fictitie, qui a achevé sa phase d'extension du DOTS et se trouve confronté aux effets d'une épidémie croissante de VIH/SIDA. Dans le manuel du participant, l'annexe 1 est un document concis d'information sur ce pays, avec la carte, les infrastructures, des données épidémiologiques et financières, ainsi que des exercices.
- D'autres exercices interactifs sont organisés pour permettre une compréhension globale des nouvelles informations et le développement des compétences. Les présentations et les discussions se fondent sur les expériences de pays sélectionnés (comme le Malawi) et sur celles des participants.
- Une visite sur le terrain est organisée dans un établissement de santé assurant les soins pour les personnes atteintes de la tuberculose et du VIH. Elle est encadrée par les responsables de l'établissement, qu'ils soient conseillers ou soignants.

Comment le cours est-il organisé ?

- Les facilitateurs dirigent de petits groupes de participants et les aident à progresser d'une unité à l'autre. Ils ne vont pas dispenser des cours comme dans une classe traditionnelle. En dehors de présenter au groupe l'unité et le travail à accomplir, leur rôle consiste à répondre aux questions, commenter le travail individuel des participants au cours des exercices et animer les discussions.
- Chaque unité présente les informations fondamentales à retenir.
- Les unités ont été conçues pour aider chaque participant à acquérir les compétences nécessaires pour la planification et la mise en œuvre des activités

conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, selon les stratégies recommandées par l'OMS et la politique actuelle de l'Organisation dans ce domaine.

- Chaque participant discute des problèmes ou des questions avec les facilitateurs qui lui donnent rapidement des commentaires sur la résolution des exercices. Les facilitateurs incluent dans leurs commentaires l'examen et la discussion du plan avec le participant.

Qu'est-ce qu'un facilitateur ?

C'est une personne qui aide les participants à acquérir les compétences présentées dans le cours. Il passe beaucoup de temps à discuter avec les participants, soit individuellement, soit par petits groupes. Pour que les facilitateurs puissent consacrer une attention suffisante à chaque participant, il est souhaitable qu'ils soient au nombre de 1 pour 5 à 8 participants. Comme vous avez été chargé d'enseigner ce cours, VOUS êtes un facilitateur.

En tant que facilitateur, vous devez bien connaître la matière à enseigner. Votre travail consiste à présenter les exercices, donner des explications, répondre aux questions, diriger les discussions de groupe, encadrer la préparation du plan et, plus généralement, donner aux participants toute l'aide dont ils ont besoin pour suivre avec succès l'ensemble de la formation. Votre travail ne se limite donc pas à faire des exposés, bien que cela soit sans doute la méthode pédagogique qui vous est la plus familière.

Dans ce cas, que doit donc faire le facilitateur ?

Essentiellement trois choses :

1. Instruire.

- Faire des exposés clairs pour *Introduction de l'unité* et l'exercice qui lui est confié.
- Veiller à ce que chaque participant comprenne les messages essentiels de la présentation, la façon de travailler avec le matériel et ce qu'on attend de lui pour chaque unité et exercice.
- Répondre aux questions que posent les participants.
- Expliquer aux participants toutes les informations qu'ils ont du mal à appréhender et les aider à comprendre le principal objectif de chaque exercice.
- Diriger les activités de groupe, telles que les discussions ou la visite dans un établissement de santé, de façon à atteindre les objectifs pédagogiques.
- Fournir des explications complémentaires ou donner des exercices pratiques pour améliorer les compétences et la compréhension.
- Aider les participants à comprendre comment mettre en œuvre dans leur propre environnement les compétences acquises pendant le cours.
- Partager avec les participants sa propre expérience de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

2. Motiver.

- Féliciter les participants pour leurs bonnes réponses et leurs progrès.
- Veiller à ce qu'il n'y ait pas d'obstacle majeur à l'apprentissage (comme trop de bruit ou pas assez de lumière).

3. Gérer.

- Organiser l'unité qui lui a été confiée en veillant à bien gérer le temps.
- Planifier à l'avance et se procurer les fournitures nécessaires pour chaque journée, de façon à ce qu'elles se trouvent dans la salle au moment où elles sont utiles.
- Suivre les progrès de chaque participant.

Comment y parvient-on ?

- En montrant de l'enthousiasme pour les sujets couverts et le travail effectué par les participants.
- En étant attentif aux questions et aux besoins de chaque participant. En les encourageant à venir vous trouver pour toute question ou commentaire. En étant disponible aux heures de cours prévues et, dans la mesure du possible, également en dehors.
- En observant les participants et en aidant individuellement celui qui semble perplexe, regarde en l'air ou ne s'implique pas dans les travaux ou les discussions du groupe. Ce sont-là des signes montrant que le participant en question a besoin d'aide.
- En instaurant une relation de confiance et d'entraide. En répondant positivement aux questions (par exemple en disant « Oui, je vois ce que vous voulez dire » ou « C'est une bonne question »). En écoutant les questions et en essayant davantage de répondre aux préoccupations des participants que de donner tout de suite la réponse « juste ».
- En prenant chaque fois le temps nécessaire pour répondre complètement aux questions de chaque participant (c'est-à-dire jusqu'à ce que lui et vous soyez satisfaits).

Ce qu'il ne faut PAS faire...

- Pendant les heures de cours, travailler sur d'autres projets ou discuter de choses sans rapport avec la formation.
- Au cours des discussions avec les participants, faire des mimiques ou des commentaires susceptibles de les mettre mal à l'aise.
- Passer en revue le texte paragraphe par paragraphe. (C'est ennuyeux et cela donne aux participants l'impression qu'on pense qu'ils ne savent pas lire). Le cas échéant, revoir les points importants lors des commentaires personnalisés ou des discussions de groupe.
- Être condescendant. En d'autres termes, il ne faut pas traiter les participants comme s'ils étaient des enfants : ce sont des adultes.

- Trop parler : incitez les participants à prendre la parole.
- Etre timide, nerveux ou inquiet : restez concentré. Le guide du facilitateur vous aidera à vous rappeler ce que vous avez à dire. Faites-en bon usage !

Comment le guide peut-il vous aider ?

Il va vous aider à diriger les unités du cours. Pour chacune d'entre elle, on y trouve :

- la marche à suivre pour compléter l'unité, en insistant sur les commentaires à donner à la fin de chaque activité ;
- des instructions sur :
 - la manière de faire les présentations
 - la manière d'introduire les exercices
 - les points à soulever dans les discussions de groupe
 - la manière de diriger une visite dans un établissement de soins.

Avant les instructions particulières à chaque unité, on a inclus dans le guide du facilitateur une section intitulée « Instructions générales » pour décrire les techniques à mettre en œuvre tout au long du cours. Vous y trouverez également des suggestions sur la manière de travailler avec le co-facilitateur, de même que des techniques importantes à employer quand :

- les participants font un travail individuel
- vous leur faites des commentaires personnalisés
- vous animez une discussion de groupe.

Le guide du facilitateur présente également un exemple d'emploi du temps et une grille que le directeur du cours adaptera aux conditions locales.

Pour vous préparer à enseigner chaque unité, vous devez :

- lire l'unité et passer en revue les exercices ;
- lire dans le présent guide toutes les informations données sur l'unité ;
- planifier avec le co-facilitateur la méthode de travail pour l'unité et les principaux points à traiter ;
- rassembler les fournitures nécessaires pour les exercices de l'unité ;
- préparer les transparents éventuellement nécessaires ;
- réfléchir aux sections que les participants pourraient trouver difficiles et aux questions qu'ils seront susceptibles de poser ;
- prévoir comment les aider pour les sections difficiles et comment répondre aux questions éventuelles ;
- prévoir des questions qui inciteront les participants à réfléchir sur la manière d'utiliser leurs nouvelles compétences dans les districts où ils travaillent.

Liste de contrôle du matériel pédagogique nécessaire pour chaque petit groupe

Article	Nombre
Guide du facilitateur	Un pour chaque facilitateur
Manuel du participant	Un pour chaque facilitateur et chaque participant
CD avec l'ensemble du matériel de cours (en version électronique)	Un pour chaque facilitateur et chaque participant
Copie de l'emploi du temps	Une pour chaque facilitateur et chaque participant
Liste des participants et des facilitateurs	Une pour chaque facilitateur et chaque participant
Pour les références, un jeu complet des documents énumérés dans le manuel du participant (versions imprimées ou téléchargements à partir d'Internet)	Un jeu pour chaque petit groupe

Liste de contrôle des fournitures nécessaires pour travailler sur les unités

Jeu de fournitures pour chaque personne :

- étiquette nominale et porte-étiquette
- deux stylos
- deux crayons et deux gommes
- du papier
- un surligneur
- une chemise ou une grande enveloppe pour garder les feuilles de réponses
- une calculatrice (facultative mais utile).

Fournitures pour chaque groupe :

- de grandes pinces à papier (utiles pour marquer la place dans l'unité pendant un exercice)
- un taille-crayon
- une agrafeuse et des agrafes
- un rouleau de ruban-cache
- des crayons et des gommes de rechange
- un chevalet bloc-note ou un tableau et des craies
- un rétroprojecteur (si possible), les fournitures pour faire des transparents et des marqueurs effaçables pour écrire sur les transparents.

Il serait en outre idéal de mettre à la disposition des participants des ordinateurs ou de les encourager à amener leurs ordinateurs portables personnels s'ils en ont. La préparation du plan et la présentation des conclusions des travaux de groupe en seront facilitées.

INSTRUCTIONS GENERALES

I. Techniques du facilitateur

A. Techniques pour motiver les participants

Stimuler les interactions

1. Au cours du premier jour, vous aurez à plusieurs reprises l'occasion de parler avec chacun des participants (par exemple pendant les pauses café ou les temps libres) ou avec le groupe lors des discussions générales. Si, au cours de ces premières interactions, vous vous montrez chaleureux et ouvert, il est probable que les participants :
 - surmonteront leur timidité ;
 - se rendront compte que vous souhaitez leur parler ;
 - auront avec vous des relations plus ouvertes et plus productives tout au long de la formation.
2. Observez soigneusement la contribution de chaque participant aux travaux du groupe et aux discussions générales. Regardez s'ils éprouvent des difficultés, même s'ils ne demandent pas d'aide. Si vous leur manifestez de l'intérêt et une attention sans partage, ils se sentiront plus disposés à travailler. De plus, s'ils savent que l'on s'intéresse à ce qu'ils font, ils hésiteront moins à demander de l'aide s'ils en ont besoin.
3. Soyez disponible pour parler avec les participants autant qu'il le faut.

Impliquer les participants dans les discussions

4. Lorsque vous faites un exposé ou une présentation, posez fréquemment des questions pour vérifier ce que les participants ont compris et pour stimuler leur réflexion et leur participation. Les questions commençant par « que », « comment » ou « pourquoi » impliquent en général des réponses qui ne se limitent pas à quelques mots. Evitez les questions auxquelles on peut répondre par un simple « oui » ou « non ».

Après avoir posé une question, marquez une pause pour laisser aux participants le temps de réfléchir et de proposer une réponse. Une erreur courante est de poser une question puis d'y répondre soi-même. Si personne ne propose de réponse, le fait de reformuler la question désamorce la tension générée par le silence. Cela ne doit pas être systématique cependant : certains silences sont productifs.

5. Réagissez à toutes les réponses des participants avec un commentaire, un « merci » ou un hochement de tête. Les participants se sentent ainsi valorisés et sont plus enclins à intervenir. Si vous pensez qu'un participant est à côté du sujet, priez-le de préciser sa pensée ou demandez à un autre de faire une proposition. Lorsqu'un facilitateur ridiculise ou ignore une intervention, il peut arriver que le participant décide de se retirer complètement de la discussion ou de ne plus jamais parler de son propre chef.
6. Répondez volontiers aux questions des participants et encouragez-les à les poser sans attendre, au moment où elles leur viennent à l'esprit.

7. Ne vous sentez pas obligé de répondre vous-même à chaque question. Selon le cas, vous pouvez la reposer au participant lui-même ou inviter les autres à y répondre. Il pourra aussi arriver que vous ayez besoin d'en discuter avec le directeur du cours ou avec d'autres facilitateurs avant de pouvoir y répondre. Soyez prêt à dire : « Pour l'instant je ne sais pas, mais je vais me renseigner ».
8. Appelez les participants par leur nom lorsque vous leur demandez de parler, ou lorsque vous les citez ou les remerciez. Rappelez le nom de l'intervenant lorsque vous évoquez une précédente intervention.
9. Gardez le contact visuel avec les participants pour qu'aucun d'eux ne se sente exclu. Faites attention de ne pas toujours regarder les mêmes. Lorsqu'on regarde un participant en particulier pendant quelques secondes, on obtient souvent de celui-ci une réponse, même s'il est timide.

La session doit rester vivante, sans digressions

10. Faites des présentations vivantes.
 - Evitez de lire les informations que vous avez à donner, présentez-les sur le ton de la conversation.
 - Parlez clairement. Variez l'intensité de la voix et la rapidité de l'élocution.
 - Utilisez des exemples tirés de votre propre expérience et demandez aux participants de faire de même.

11. Notez sur le chevalet les idées essentielles à mesure qu'elles sont données. (C'est un bon moyen de valoriser les réponses. L'intervenant saura que son idée a été bien entendue et il appréciera qu'elle soit notée et portée à l'attention de tous.)

Lorsque vous notez les idées sur le chevalet, utilisez autant que possible les propres mots des participants. Si vous devez abrégé, paraphraser l'idée et demandez au participant si c'est bien cela qu'il a voulu dire avant de l'écrire. Vous vous assurez ainsi qu'il estime que vous l'avez bien compris et que vous avez enregistré exactement son idée.

Ne tournez pas le dos trop longtemps au groupe pendant que vous écrivez.

12. Au début de la discussion, écrivez la question principale sur le chevalet, ce qui aidera les participants à ne pas s'écarter du sujet. Le cas échéant, allez vers le chevalet pour pointer la question.

Reformulez et récapitulez fréquemment ce qui a été dit pour maintenir la concentration des participants. Demandez-leur des éclaircissements sur ce qu'ils ont dit le cas échéant. Encouragez-les à demander eux-mêmes à celui qui a parlé de répéter ou de préciser ce qu'il a dit si besoin est.

En cas de digressions, faites d'abord une pause pour attirer l'attention, puis signalez au groupe qu'il s'est écarté du sujet. Reposez la question pour ramener l'attention du groupe sur le sujet.

Ne permettez pas que plusieurs participants parlent en même temps. Si cela arrive, interrompez-les et donnez-leur un ordre de parole. (Dites par exemple : « Écoutons d'abord le Dr Samua, puis le Dr Salvador et enfin le Dr Lateau ».) En général, on n'a pas tendance à interrompre l'intervenant lorsque l'on sait qu'on aura ensuite la parole.

Remerciez les participants qui font des commentaires brefs et pertinents.

13. Essayez d'inciter les participants les plus silencieux à prendre la parole. Demandez l'avis de celui que vous n'avez pas entendu jusque-là ou marchez vers lui pour l'encourager à prendre la parole.

Gestion des problèmes

14. Il arrive que certains participants parlent trop. Voici quelques suggestions pour gérer une personne trop volubile :

- Ne l'appellez pas en premier après avoir posé une question.
- Après l'avoir laissé parlé un moment, dites-lui : « Maintenant que vous vous êtes exprimé, écoutons ce que les autres ont à dire à ce sujet ». Reformulez ensuite la question et demandez à d'autres participants d'y répondre ou appelez quelqu'un directement en disant par exemple : « Dr Samua, vous avez levé la main il y a quelques minutes ».
- Lorsque le participant fait une pause, intervenez rapidement en demandant d'entendre une autre personne du groupe ou posez une question à tout le groupe, par exemple : « Que pensent les autres à ce sujet ? ».
- Inscrivez l'idée principale du participant sur le chevalet. S'il continue d'en parler, montrez le chevalet en disant : « Nous vous remercions, mais c'est ce que nous avons déjà noté ». Demandez ensuite aux autres leur avis.
- Ne posez plus de questions à celui qui parle beaucoup. Si le même répond à toutes les questions posées au groupe, demandez spécifiquement les réponses à une autre personne ou à un sous-groupe bien déterminé (par exemple : « Y a-t-il des idées de ce côté-ci de la salle ? »).

15. Essayez de repérer les participants qui ont des difficultés de compréhension ou d'expression dans la langue du cours. Parlez lentement et distinctement pour faciliter la compréhension et encouragez les participants dans leurs efforts de communication.

Parlez avec le directeur du cours de tout problème linguistique remettant en cause la capacité d'un participant de comprendre la documentation écrite ou les discussions. Il est parfois possible d'apporter une aide au participant en question.

Parlez de tout élément perturbateur avec le co-facilitateur ou le directeur du cours. (Celui-ci sera ensuite à même d'en discuter en privé avec le participant concerné.) La réunion des facilitateurs est le moment idéal pour discuter de ces problèmes et les résoudre.

Stimuler les efforts des participants

16. Dans votre rôle de facilitateur, les interactions que vous aurez avec les participants seront marquées par votre style personnel. Il existe néanmoins des techniques pour stimuler les efforts des participants :
 - éviter les mimiques ou les commentaires susceptibles de les mettre mal à l'aise ;

- s'asseoir ou se pencher pour être au même niveau que les participants lorsqu'on leur parle ;
- répondre aux questions sans se précipiter et en se donnant le temps de la réflexion ;
- inciter les participants à parler en leur accordant du temps ;
- manifester de l'intérêt, en disant par exemple : « C'est une bonne question ou proposition ».

17. Confortez les participants qui :

- font beaucoup d'efforts ;
- demandent des explications lorsqu'un point leur semble difficile ;
- font du bon travail pour un exercice ;
- participent aux discussions générales ;
- aident les autres (sans les distraire en parlant longuement de sujets futiles).

B. Techniques pour faire le lien entre les unités du cours et le cadre professionnel des participants

1. Discutez des méthodes enseignées dans l'unité en cours ou les précédentes et demandez aux participants s'ils peuvent les appliquer dans leur cadre professionnel. Cela les aidera à commencer à réfléchir sur les moyens d'appliquer ce qu'ils apprennent.
2. Confortez les participants qui discutent ou posent des questions sur l'utilisation des méthodes dans leur cadre professionnel. Tenez compte de leurs interrogations et répondez-y.

C. Techniques de collaboration entre co-facilitateurs

1. Une fois l'affectation donnée, passez du temps avec le co-facilitateur avec lequel vous allez travailler. Echangez des informations sur vos expériences pédagogiques, vos points forts, vos points faibles et vos préférences. Mettez-vous d'accord sur les rôles et responsabilités de chacun et sur la façon de travailler ensemble.
2. Entraidez-vous pour les discussions générales. Par exemple, l'un de vous deux peut diriger les débats et l'autre enregistrer sur le chevalet les idées importantes. Le deuxième facilitateur peut également se référer au guide et ajouter des points qui auraient été omis.
3. Chaque jour, passez en revue les activités qui auront lieu le lendemain et répartissez-vous les tâches à effectuer (diriger les discussions, rassembler les fournitures, présenter des exemples à l'aide du rétroprojecteur, etc.).
4. Travaillez ensemble pour chaque unité plutôt qu'en alternance en assumant seul à chaque fois la responsabilité d'une unité. La réunion des facilitateurs est le moment idéal pour discuter de ce qui précède et planifier.

II. Pendant que les participants travaillent

- Soyez disponible, intéressé et prêt à aider. Allez de temps en temps auprès des groupes pendant qu'ils travaillent.
- Observez le comportement des participants pendant les travaux en groupe. Proposez d'aider individuellement ceux qui vous semblent perplexes, regardent en l'air ou ne participent pas à la discussion. Ce sont là des signes qui montrent qu'ils pourraient en avoir besoin.
- Incitez les participants à vous poser des questions dès qu'ils ont besoin d'aide.
- Si des problèmes ou des questions importantes apparaissent quand vous parlez avec une personne en particulier, prenez-en note pour les aborder de nouveau plus tard avec l'ensemble du groupe.
- Si l'on vous pose une question à laquelle vous ne pouvez pas répondre correctement, cherchez de l'aide le plus vite possible auprès d'un autre facilitateur ou du directeur du cours.
- Revoyez les points évoqués dans le guide du facilitateur de façon à être prêt à discuter du prochain exercice avec les participants.

III. Animation des discussions générales

- Prévoyez la discussion à un moment où vous êtes sûr que tous les participants auront terminé le travail de groupe qui précède. Attendez pour l'annoncer que la plupart des participants aient déjà terminé de façon à ne pas trop presser le groupe.
- Avant de lancer la discussion, reportez-vous aux notes correspondantes dans le présent guide pour vous rappeler les objectifs et les principaux points à traiter.
- Commencez la discussion en rappelant aux participants les objectifs de l'unité étudiée. Demandez ensuite aux rapporteurs de récapituler les principales conclusions de leur groupe.
- On peut résoudre les problèmes de la Fictitie de diverses manières au cours des exercices. Veillez à ce que les conclusions de chaque groupe soient raisonnables et que tous les participants comprennent bien comment elles ont été élaborées.
- Essayez de faire participer tous les membres du groupe. Ecrivez les idées clés sur le chevalet à mesure qu'elles sont énoncées. Participez le moins possible mais posez des questions pour entretenir la discussion et éviter les digressions.
- A la fin de la discussion, récapitulez les conclusions du groupe ou les points importants. Si possible, réunissez les fichiers électroniques de tous les rapports de groupes. Ceux-ci seront intégrés dans la version définitive du CD qui sera distribué aux participants. Remettez-leur un exemplaire de la feuille de réponses, s'il y en a une. Sinon, distribuez-leur la photocopie du transparent utilisé par les rapporteurs.

- Confortez les participants qui font du bon travail, par exemple en :
 - les félicitant pour la liste qu'ils ont dressée;
 - faisant des éloges sur leur compréhension de l'exercice ;
 - faisant des éloges sur leurs propositions créatives ou utiles pour mettre en pratique les compétences acquises;
 - les félicitant pour leur capacité à travailler en groupe.

IV. Commentaires personnalisés à propos du plan de chaque participant

- Avant de faire un commentaire personnalisé, revoyez les notes correspondantes dans le présent guide afin de vous rappeler les principaux points à traiter.
- Ces commentaires pourront être faits soit verbalement au participant, soit par écrit après le cours.
- Remplissez correctement le formulaire d'évaluation en appliquant les critères recommandés.
- Confortez toujours chaque participant qui a bien travaillé, par exemple en :
 - commentant le fait qu'il a bien compris comment préparer un plan ;
 - manifestant de l'enthousiasme pour ses idées sur la préparation d'un plan pour mettre en œuvre les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH ;
 - indiquant que vous avez eu plaisir à revoir le plan du participant ;
 - disant à quel point le travail du participant a été apprécié.
- Commencer par remplir la colonne “points forts” de la feuille d'évaluation.
- Remplir ensuite la colonne “points faibles” de la feuille d'évaluation.
- Faites vos recommandations de manière encourageante.

GRILLE DU COURS

Unité	Titre	Nombre d'heures	Description
1	Présentation du cours	1,5	Présentation des facilitateurs et des participants Présentation devant l'ensemble des participants des méthodes, du style et des objectifs du cours Discussion générale
2	Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	1,5	Présentation et discussion générale sur les sujets suivants : 1) pourquoi, quand et comment écrire ou réactualiser un plan ; 2) comment mettre en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Présentation du modèle recommandé
3	Epidémiologie	1,5	Présentation et discussion générale sur les données épidémiologiques concernant la tuberculose, le VIH/SIDA et la co-infection, l'accent portant sur les données nationales.
4	Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA	3,0	Présentation et discussion générale sur les principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA
5 partie 1	La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose	1,5	Présentation et discussion générale sur la stratégie recommandée par l'OMS pour la lutte antituberculeuse (DOTS)
5 partie 2	Prise en charge clinique de la tuberculose	1,5	Présentation devant l'ensemble des participants, groupes de travail et discussion sur les principaux sujets relatifs à la prise en charge clinique de la tuberculose (étude de cas)
6 partie 1	Accès universel au traitement antirétroviral	1,5	Présentation et discussion générale sur l'accès universel au traitement antirétroviral, considérée actuellement comme la stratégie recommandée pour la lutte contre le VIH/SIDA

Unité	Titre	Nombre d'heures	Description
6 partie 2	Prise en charge clinique du VIH/SIDA	2,0	Présentation devant l'ensemble des participants, groupes de travail et discussion sur les principaux sujets relatifs à la prise en charge clinique du VIH/SIDA (étude de cas)
7	Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA	1,5	Présentation devant l'ensemble des participants, groupes de travail et discussion sur la gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH
8	Politique actuelle de l'OMS concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	2,0	Présentation devant l'ensemble des participants, groupe de travail et discussion sur les principes de la politique actuelle de l'OMS sur les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA
9	Enregistrement et notification en vue de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	1,5	Présentation devant l'ensemble des participants et discussion sur les expériences nationales pertinentes dans ce domaine
10	Surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose	2,0	Présentation devant l'ensemble des participants, groupes de travail et discussion sur les principaux points de la surveillance (étude de cas)
11	Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	2,5	Présentation devant l'ensemble des participants, groupes de travail et discussion sur le développement des ressources humaines pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (étude de cas)
12	Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	3,0	Présentation devant l'ensemble des participants, groupes de travail et discussion sur les modalités du suivi et de l'évaluation des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Unité	Titre	Nombre d'heures	Description
13	Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	2,5	Présentation devant l'ensemble des participants, groupes de travail et discussion sur l'établissement d'un budget pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, présentation pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (étude de cas)
14	Etude de cas sur la fourniture des services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA – l'exemple du Malawi	3,0	Présentation et discussion générale sur le matériel mis au point par un pays pilote (comme le Malawi) ou par le pays organisant le cours
15	Visite à un établissement de santé local fournissant des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose et du VIH/SIDA	5,0 ^a	Visite à des services sur le terrain après présentation de leur structure. Une discussion générale a lieu ensuite pour parler de leur organisation et des améliorations que l'on pourrait y apporter
16	Finalisation individuelle des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	3,0	Finalisation individuelle guidée des plans
17	Discussion des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	2,0	Présentation devant l'ensemble des participants et étude de deux plans
18	Evaluation du cours	2,0	Etude des points forts, des points faibles et des résultats du cours

NB : il faut donner chaque jour aux participants 30 minutes pour travailler sur leur propre plan.

^aLe temps alloué à l'unité 15 dépendra de la situation locale, de l'endroit où se situe l'établissement visité, de ses heures de service, etc.

20 EMPLOI DU TEMPS DU COURS

Exemple d'emploi du temps :

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6
Session 1	<u>Inscription</u> <u>Unité 1:</u> Présentation du cours	<u>Unité 5, partie 1 :</u> La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose	<u>Unité 8:</u> Politique actuelle de l'OMS	<u>Unité 12:</u> Suivi et évaluation	<u>Unité 15:</u> Visite sur le terrain	<u>Unité 16:</u> suite <u>Unité 17:</u> Discussion sur des plans sélectionnés
Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
Session 2	<u>Unité 2:</u> Comment préparer un plan <u>Unit 3:</u> Epidémiologie	<u>Unité 5, partie 2:</u> Prise en charge clinique de la tuberculose <u>Unité 6, partie 1:</u> Accès universel au traitement antirétroviral	<u>Unité 9:</u> Enregistrement, notification <u>Unité 10:</u> Surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose	<u>Unité 12:</u> suite <u>Unité 13:</u> Coûts, budget	<u>Unité 15:</u> suite	<u>Unité 17:</u> suite <u>Unité 18:</u> Evaluation du cours
Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner
Session 3	<u>Unité 4:</u> Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA	<u>Unité 6, partie 2 :</u> Prise en charge clinique du VIH/SIDA	<u>Unité 11:</u> Développement des ressources humaines	<u>Unité 13:</u> suite <u>Unité 14:</u> Etude de cas (Malawi)	<u>Unité 15:</u> suite	
Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause	
Session 4	<u>Unité 4:</u> suite	<u>Unité 7:</u> Gestion des médicaments	<u>Unité 11:</u> suite	<u>Unité 14:</u> suite	<u>Unité 16:</u> Finalisation individuelle des plans	

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 1 :

PRESENTATION DU COURS

Marche à suivre
1. Participation au lancement du cours.
2. Séance de présentations.
3. Introduction de l'unité 1 : Présentation du cours.
4. Explication du rôle du facilitateur.
5. Présentation correspondant au document 1.1.
6. Discussion générale et réponses aux questions.
7. Tâches administratives.
8. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Participation au lancement du cours

Selon les besoins et les traditions du pays, il sera possible d'organiser une cérémonie officielle pour lancer le cours. En accord avec le directeur du cours, veillez à ce qu'elle ne déborde pas du temps imparti.

2. Séance de présentations

Introduisez et animez la séance. Distribuez la liste des participants et des facilitateurs avant de commencer. Laissez un exemplaire de cette liste bien en vue. Il sera ainsi plus facile pour tout le monde d'apprendre les noms de chacun pendant la séance.

Formez au hasard des groupes de deux participants. Dans chaque binôme, les deux partenaires ont alors sept minutes pour faire connaissance et savoir :

- le nom de l'autre
- comment on doit l'appeler pendant le cours
- son pays ou sa région d'origine
- son travail ou ses compétences
- ses principales caractéristiques, traits de caractère ou qualités
- son passe-temps favori
- ce qu'il ou elle peut apporter au groupe.

Chaque participant présente ensuite son partenaire en donnant tous les renseignements indiqués ci-dessus. Les binômes doivent être formés au hasard, y compris avec les facilitateurs.

Expliquez aux participants que vous désirez en savoir plus sur leur expérience et leurs responsabilités au sein du programme national de lutte contre la tuberculose ou le VIH/SIDA. Cela vous aidera à comprendre leur situation et vous permettra de faire un meilleur travail pour eux. Pendant le cours, vous reviendrez à plusieurs occasions sur leurs tâches dans leurs programmes respectifs.

Envisagez de consacrer 45 minutes à cette séance.

3. Introduction de l'unité 1 : Présentation du cours

Demandez aux participants de lire l'unité 1 dans leur manuel, afin de se familiariser avec la structure et le contenu de cet ouvrage. Expliquez-leur que la liste des objectifs à atteindre est présentée au début de chaque unité, avant celle des méthodes employées. Il y a enfin une présentation du matériel nécessaire pour travailler sur l'unité. Chaque document est numéroté : le numéro est celui de l'unité, suivi de l'ordre de présentation du document. Dans l'unité 1 par exemple, le premier document (la présentation du cours) a le numéro 1.1. Le second document (le formulaire d'évaluation) a un double numéro, 1.2 et 18.1, car c'est aussi le premier document de l'unité 18.

Expliquez aux participants qu'une version électronique des documents de travail leur sera fournie avec un CD (facultatif).

Expliquez-leur qu'ils conserveront tout le matériel qui leur est remis. Ils peuvent donc, s'ils le désirent, surligner les points qui leur semblent importants ou annoter les pages.

4. Explication du rôle du facilitateur

Expliquez aux participants qu'en tant que facilitateur, votre rôle, comme celui de tous vos collègues, sera tout au long du cours :

- de les guider dans toutes les activités ;
- de préciser les informations qu'ils ont du mal à comprendre ;
- de commenter les exercices là où il le faut ;
- d'animer les discussions de groupe et de répondre aux questions ;
- de diriger la visite dans un établissement de santé ;
- de partager avec eux votre expérience de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

5. Présentation correspondant au document 1.1

Vous trouverez à la fin de chaque unité les notes pour chaque diapositive des présentations.

Il y a trois points importants à traiter :

- La présentation de la Fictitie, le pays imaginaire connaissant une forte prévalence de la tuberculose et du VIH qui est à la base des exercices de ce cours. Expliquez que le fait de proposer des solutions aux problèmes de la Fictitie incitera les participants à trouver des solutions aux problèmes auxquels leurs pays ou leurs régions sont confrontés. Une carte montre la géographie de la Fictitie. L'annexe 1 du manuel des participants donne des informations complémentaires sur ce pays.
- La méthode d'évaluation du cours comprend un questionnaire (formulaire d'évaluation, document 1.2/18.1). Incitez les participants à remplir ce formulaire à la fin de chaque unité. S'il n'est rempli qu'une fois à la fin de la formation, la qualité des réponses et des propositions en pâtira, car de nombreux détails auront été oubliés. Faites un rappel quotidien.
- Il est demandé aux participants de préparer pour la fin du cours un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Le modèle à compléter est montré sur la diapo 17 du document 2.1. L'unité suivante a été conçue pour expliquer comment préparer ce plan.

6. Discussion générale et réponses aux questions

Laissez les participants poser toutes les questions qu'ils souhaitent sur les méthodes pédagogiques, le style du cours et les objectifs d'apprentissage pour l'unité 1. Il est important de résoudre le plus vite possible tout problème qui pourrait survenir.

Les participants doivent rester assis. Il faut pour bien faire leur poser les questions et obtenir leurs réponses sur le ton de la conversation. A ce stade, il est très important que les participants se sentent détendus, qu'ils ne soient pas intimidés ou aient l'impression d'être sur le gril.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

7. Tâches administratives

Vous aurez peut-être des tâches administratives ou des annonces à faire. Par exemple, il vous faudra éventuellement expliquer l'organisation des repas, les transports des participants ou le règlement des indemnités journalières.

Exigez des participants qu'ils éteignent leurs téléphones portables pendant les cours.

Distribuez l'emploi du temps et indiquez les heures de début et de fin des séances, les heures de pause, etc.

8. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 1

Document N° 1.1

Présentation du cours

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 1 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: But du cours

Cette diapositive se passe d'explications. Le but du cours est mentionné comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 4: Objectifs du cours – 1

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 1 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant. Le premier objectif du cours est d'analyser les données sur les éléments clés des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH/SIDA, qui sont énumérés dans la diapositive.

Diapositive 5: Objectifs du cours – 2

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 1 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant. Le deuxième objectif du cours est d'identifier les lacunes et les priorités de la collaboration entre activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH et de proposer des solutions pour faciliter la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH. Le troisième objectif est de préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes.

Diapositive 6: Organisation du cours

Ce cours est conçu pour être interactif et s'appuie sur des exercices axés sur la résolution de problèmes. Les exercices se rapportent à la Fictitie, un pays imaginaire fortement touché par la tuberculose et le VIH et où les activités de formation sont basées. Tout en proposant des solutions aux problèmes auxquels la Fictitie doit faire face, les participants sont encouragés à trouver des solutions aux problèmes qui se posent dans leur propre pays ou région. A la fin du cours, les participants devront avoir préparé un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, en y intégrant tous les points abordés pendant le cours.

Diapositive 7: Matériel utilisé pendant le cours

Cette diapositive se passe d'explications. Tous les documents indiqués dans la diapositive figurent dans le manuel du participant.

Diapositive 8: Carte de la Fictitie, un pays fortement touché par la tuberculose et le VIH

Cette carte montre comment se présente la Fictitie. L'Annexe 1 du manuel du participant donne des détails sur la situation dans ce pays.

Diapositive 9: Evaluation du cours

Cette diapositive indique comment le cours est évalué par les participants (qui remplissent le formulaire d'évaluation, voir le Document 1.2 dans le manuel du participant) et par les facilitateurs (qui évaluent les plans préparés par les participants).

Diapositive 10: Formulaire d'évaluation du cours

Cette diapositive montre la partie du formulaire d'évaluation du cours que les participants doivent remplir chaque jour.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 2 :

COMMENT PREPARER UN PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 2 : Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
2. Présentation correspondant au document 2.1.
3. Discussion générale et réponses aux questions.
4. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 2 : Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Veillez à distribuer aux participants le modèle de plan imprimé sur une page entière au format A4 (à reproduire à partir du document 2.1). Si les participants ont accès à un ordinateur, nous recommandons d'utiliser le fichier Word (document 2.2).

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 2 dans leur manuel, afin de se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 2.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 2.1

Faites la présentation 2.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation. Pour la rendre plus vivante, posez des questions pendant le visionnage des diapositives, par exemple le moment où la planification doit commencer ou ce qu'il faut écrire dans le plan.

Les points importants à traiter sont les suivants :

- Rappelez aux participants que le plan à préparer d'ici la fin du cours est un des exercices. Celui-ci a pour but de les inciter à faire des propositions concrètes pour mettre en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH dans leur cadre professionnel habituel, en fonction des politiques, des plans et des directives qui existent.
- Enumérez les éléments de base du plan tels qu'ils sont expliqués dans la diapositive 7.
- Présentez pour la première fois les 12 activités conjointes faisant partie de la *Politique actuelle de la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* (réparties en trois groupes principaux : mise en place des mécanismes de collaboration, réduction de la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA et réduction de la charge du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose) après la diapositive 11. Ces activités seront étudiées plus en détail à l'unité 8.

- Présentez pour la première fois les définitions du suivi et de l'évaluation proposées sur la diapositive 13. Le sujet sera traité plus en détail au cours de l'unité 12.
- Le modèle recommandé peut-être imprimé à partir des diapositives (document 2.1) ou être accessible sous Word à partir du CD (document 2.2).
- Le plan, sur lequel les participants travaillent chaque jour, doit être fin prêt le dernier jour. Il est prévu de consacrer un certain temps à la finalisation individuelle des plans (voir unité 16). Deux plans seront retenus pour être étudiés avec l'ensemble des participants le dernier jour du cours (unité 17).
- Expliquez aux participants que, chaque jour, ils auront 30 minutes à la fin de la séance de l'après-midi pour préparer leur plan.

3. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, vous pouvez retenir au moins trois des propositions suivantes.

- Demandez lesquelles des régions représentées ont un plan régional contre la tuberculose et le VIH (2 minutes).
- Organisez une explication didactique sur la préparation de l'introduction (vous demandez à un des participants de donner un exemple : 5 minutes de présentation puis 10 minutes de discussion sur la présentation qui a été faite).
- Regroupez les participants par deux au hasard.
- Demandez aux binômes d'énoncer les buts (mettre en place un mécanisme de collaboration entre la tuberculose et le VIH par exemple), les objectifs (établir ce type de mécanisme par exemple) et les cibles (comme d'élaborer un plan d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH d'ici à...) à partir de la proposition suivante : « Mettre en place un mécanisme de collaboration » (donnez par exemple 2 minutes pour la formulation et 8 minutes pour la présentation et la discussion).
- Orientez l'un des binômes sur l'analyse des ressources et des partenaires pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (en consacrant par exemple 5 minutes à la discussion entre les deux participants et 5 minutes à une discussion générale).
- Répartissez les participants en groupes de 4 (en associant deux binômes). Vous leur dites qu'ils disposent d'un budget de 1 000 pièces d'or pour seulement 4 des 12 activités conjointes pour l'année suivante. C'est à eux de décider comment répartir ces fonds et de motiver leurs choix (vous leur donnez par exemple 5 minutes pour prendre leurs décisions et 10 minutes pour les expliquer devant l'ensemble des participants).

Vous devez donc vous assurer que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent préparer pendant la semaine (c'est-à-dire le plan pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH). Ce sera le produit du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

4. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 2

Document N° 2.1

Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 2 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Aperçu de la présentation

Cette diapositive présente un aperçu de la présentation. Chaque élément de la liste sera expliqué en détail dans les diapositives suivantes.

Diapositive 4: Contexte du plan

Cette diapositive se passe d'explications. Le plan qui devra être préparé d'ici la fin du cours est un exercice. Nous espérons qu'il encouragera les participants à prendre des mesures concrètes lors de la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH dans leur propre environnement, en suivant les politiques, plans et directives existants.

Diapositive 5: Les questions à se poser – 1

Cette diapositive montre les questions que les participants peuvent se poser.

Diapositive 6: Les questions à se poser – 2

Que planifier? La mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. La principale raison d'établir un plan est que cela permettra d'utiliser efficacement les ressources disponibles (humaines, financières, techniques, etc.).

Diapositive 7: Contenu du plan

Cette diapositive se passe d'explications. Elle indique le contenu du plan, dont les différents points seront expliqués en détail dans les diapositives 8 à 14.

Diapositive 8: Cadre du plan

Le cadre du plan doit être décrit brièvement. On indiquera le contexte du plan de mise en œuvre des activités (par exemple pays, région, district, etc.). On décrira la situation récente et la situation actuelle, plus particulièrement en ce qui concerne la tuberculose et le VIH/SIDA. On mentionnera quelques données utiles sur les deux maladies (l'incidence, la prévalence, etc.). On décrira aussi les acteurs de la lutte et les mesures déjà prises.

Diapositive 9: But, objectifs et cibles

Le but, les objectifs et les cibles sont définis, en allant de la perspective la plus vaste à la plus rapprochée.

Diapositive 10: Activités

Les activités sont les actions à accomplir ou les mesures à prendre pour atteindre les objectifs proposés.

Diapositive 11: Activités conjointes tuberculose/VIH

Cette diapositive présente les 12 activités conjointes (divisées en trois groupes principaux : mettre en place les mécanismes de collaboration, réduire la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et réduire la charge du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose) de la *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Nous y reviendrons dans l'Unité 8.

Diapositive 12: Ressources et partenaires

Cette diapositive se passe d'explications. Elle donne des exemples de ressources et de partenaires à faire figurer dans le plan.

Diapositive 13: Suivi et évaluation

Cette diapositive définit le suivi et l'évaluation. Ce sujet sera traité en détail dans l'Unité 12.

Diapositive 14: Budget

Cette diapositive propose de déterminer les montants nécessaires pour chaque activité par trimestre, en précisant le poste budgétaire.

Diapositive 15–18: Préparation du plan – 1, 2 et 3

Ces diapositives se passent d'explications. La diapositive 16 insiste sur l'importance d'avancer le plan jour après jour.

La diapositive 17 montre le modèle de plan à remplir pour la fin du cours. La partie de gauche contient trois colonnes (objectifs, activités principales et indicateurs, et responsable, qui peut être une personne ou un organisme). La partie de droite contient les activités à réaliser (et leur budget), par trimestre. Le modèle de plan (dérivé de celui qui est utilisé pour planifier les activités dans le cadre du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) existe aussi sous forme de fichier électronique (fichier Word) : c'est le Document 2.2.

Diapositive 19: Présentation du plan

Le plan, qui sera avancé chaque jour, doit être prêt le dernier jour. Les participants disposeront d'un certain temps pour le finaliser individuellement (voir Unité 16). Deux plans seront choisis pour être présentés le dernier jour du cours devant l'ensemble des participants (voir Unité 17).

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 3 : EPIDEMIOLOGIE

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 3 : Epidémiologie.
2. Présentations correspondant aux documents 3.1, 3.2 et 3.3.
3. Discussion générale et réponses aux questions.
4. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 3 : épidémiologie

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 3 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans les documents 3.1, 3.2 et 3.3 du manuel du participant.

2. Présentations correspondant aux documents 3.1, 3.2 et 3.3

Faites les présentations 3.1, 3.2 et 3.3. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour ces présentations.

Pour rendre les présentations plus vivantes, posez des questions sur l'épidémiologie de la tuberculose, sur celle du VIH/SIDA et sur celle de la co-infection. Voici quelques exemples de questions :

- Document 3.1:
Diapositive 3 : Quels sont les principaux facteurs de la tendance à la baisse du risque annuel d'infection tuberculeuse ?
Diapositive 7 : Que s'est-il passé au Kenya sur une longue période ?
- Document 3.2:
Diapositive 12 : Pourquoi la tuberculose n'est-elle que la septième cause de mortalité ?
Diapositive 14 : Peut-on réduire la séroprévalence du VIH chez la femme enceinte en Afrique ?
- Document 3.3:
Diapositives 3 et 6 : Quels sont les trois mécanismes faisant que l'épidémie de VIH intensifie celle de la tuberculose ?
Diapositive 5 : Quel est le risque annuel et le risque sur toute la vie de développer une tuberculose évolutive à partir de l'infection pour les individus séropositifs et séronégatifs pour le VIH ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

- Document 3.1
L'amélioration de la situation socio-économique est le principal facteur responsable de la tendance à la baisse de la tuberculose dans les pays riches. En revanche, le VIH est le principal facteur de l'augmentation du nombre des malades tuberculeux en Afrique subsaharienne. Cette augmentation est particulièrement importante pour les cas à frottis négatif.
L'augmentation mondiale du nombre de cas notifiés de tuberculose est liée à l'accroissement du nombre de personnes tuberculeuses en relation avec le VIH en Afrique subsaharienne.
- Document 3.2
Les chiffres concernant l'épidémie de VIH/SIDA sont considérables. Entre autres effets, le SIDA a pour conséquence d'entraîner des pertes économiques importantes pour les ménages affectés. Les programmes de prévention en Afrique, en Asie, en Europe ont donné la preuve de leur efficacité.
- Document 3.3
L'infection tuberculeuse latente est le facteur de risque le plus puissant pour le développement d'une tuberculose évolutive. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA courent un risque de plus de 30 % de développer au cours de leur vie la tuberculose évolutive à partir de l'infection. On estime que l'incidence annuelle de la tuberculose chez l'adulte (pour 100 000 habitants) croît proportionnellement avec la prévalence du VIH chez l'adulte de 15 à 49 ans. Lorsque cette prévalence augmente de 1 %, l'incidence annuelle de la tuberculose augmente de 26 pour 100 000.

3. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, vous pouvez faire les propositions suivantes.

- Demandez aux participants de décrire les caractéristiques épidémiologiques de la tuberculose, du VIH/SIDA et de la co-infection chez eux (au niveau national ou subnational).
- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent.
 - Le VIH est un facteur d'aggravation spectaculaire de l'épidémie de tuberculose.
 - L'épidémiologie justifie d'entreprendre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans leur plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

4. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 3

Document N° 3.1

Epidémiologie de la tuberculose

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la présentation

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la présentation sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Risque d'infection tuberculeuse dans des pays européens

Le risque annuel d'infection tuberculeuse a diminué au cours du temps dans les pays d'Europe. Le progrès socio-économique a d'abord été le principal déterminant de cette tendance. Puis les différentes interventions des programmes de lutte contre la tuberculose (y compris par chimiothérapie) ont contribué à accélérer la tendance à la baisse. Aux Pays-Bas, par exemple, la baisse a dépassé 10% par an. Dans certains pays en développement (en particulier ceux qui ont une forte prévalence du VIH), la diminution du risque annuel d'infection tuberculeuse est moins apparente. Cette question sera traitée plus en détail dans les documents 3.2 et 3.3.

Diapositive 4: Prévalence de l'infection tuberculeuse par âge en Suisse, 1920–1990

Cette diapositive montre qu'en 1920, en Suisse, la quasi-totalité des personnes de 20 ans étaient déjà infectées par *Mycobacterium tuberculosis*. Progressivement, les anciennes générations qui comptaient de nombreuses personnes infectées ont été remplacées par de nouvelles générations de moins en moins infectées par *M. tuberculosis*, surtout parmi les jeunes. Du fait de la diminution de la circulation des bacilles, la probabilité d'être infecté (très faible dans les groupes d'âge les plus jeunes) augmentait avec l'âge, mais en restant bien inférieure à celle des cohortes plus âgées. Par exemple, en Suisse, la proportion de personnes de 20 ans infectées était inférieure à 20% en 1978 et pratiquement nulle en 1990. Comme l'infection tuberculeuse est le préalable obligé de la tuberculose, la tuberculose devient de plus en plus une maladie des personnes âgées dans les pays à faible incidence. En revanche, les pays à forte incidence se trouvent actuellement dans la situation qui était celle de la Suisse en 1920. L'existence d'une forte prévalence de l'infection tuberculeuse chez les jeunes et d'une forte prévalence du VIH dans ces mêmes groupes d'âge va conduire à une détérioration rapide de la situation en ce qui concerne la tuberculose.

Diapositive 5: Cas de tuberculose rapportés en Suisse par âge, 1990

Dans les pays à faible incidence, on observera de moins en moins de cas de tuberculose dans la population autochtone (et ces cas concerneront surtout les personnes âgées), alors que l'on détectera de plus en plus de cas chez les immigrants (surtout parmi les jeunes) en provenance de pays à forte prévalence de la tuberculose.

Diapositive 6: Incidence rapportée de la tuberculose dans des pays d'Afrique, 1990–2002

La situation que l'on vient de décrire explique pourquoi l'incidence des cas notifiés de tuberculose augmente de façon si importante dans les pays d'Afrique.

Diapositive 7: Notification des cas de tuberculose à frottis positif et de toutes formes au Kenya, 1990–2002

Cette diapositive montre de quelle façon, au Kenya, le nombre de cas à frottis positif augmente moins rapidement que le nombre total des cas de tuberculose. En fait, c'est la proportion de cas à frottis négatif qui augmente au cours du temps dans les pays à

forte prévalence du VIH, et cela pose des problèmes supplémentaires au programme de lutte contre la tuberculose, par exemple au niveau du dépistage des cas.

Diapositive 8: Epidémiologie mondiale de la tuberculose

Cette diapositive se passe d'explications. Il faut noter que 80% de la charge totale de la tuberculose et la majeure partie des décès s'observent dans les 22 pays à charge élevée.

Diapositive 9: Taux mondiaux de notification de la tuberculose, 2002

Cette diapositive montre où la plupart des cas de tuberculose sont notifiés. Il faut noter que, si on compare la carte de cette diapositive avec celle de la diapositive 10 (estimations), la plupart des pays changent de couleur (donc de catégorie) : les taux estimés de notification des cas sont en général plus élevés que les taux observés.

Diapositive 10: 2002: Les plus forts taux estimés de tuberculose par habitant se situaient en Afrique

Cette diapositive se passe d'explications. Les taux de tuberculose en Afrique subsaharienne sont impressionnants. Comme nous le verrons, ce sont eux qui vont entraîner la tendance générale.

Diapositive 11: 2002: La plupart des cas de tuberculose se situaient en Inde et en Chine

L'Asie intervient pour 59% dans la charge mondiale de la tuberculose (essentiellement en Chine et en Inde), l'Afrique pour 21% et l'Europe pour 10% (surtout en Europe orientale).

Diapositive 12: Tendances des taux de notification dans quatre autres régions : baisses et hausses

Cette diapositive montre comment la tuberculose recule dans les pays industrialisés, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord tandis qu'elle augmente en Afrique (pays à forte prévalence du VIH), dans les pays de l'ex-Union soviétique et dans certains pays d'Europe centrale (Bulgarie et Roumanie).

Diapositive 13: Progression de la tuberculose en Afrique et en Europe orientale

Cette diapositive reprend ce qui est montré à la diapositive 12, en montrant que la progression des cas de tuberculose est moins marquée dans les pays d'Afrique à faible incidence du VIH.

Diapositive 14: Prévalence de la tuberculose multirésistante parmi les nouveaux cas : 1994–2003

Cette diapositive montre les zones où la prévalence de la tuberculose multirésistante est importante sur le plan épidémiologique. Une approche spéciale est nécessaire lorsque, par exemple, un nouveau cas sur dix est multirésistant, comme cela s'observe dans certaines parties de la Chine et de l'ex-Union soviétique.

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la présentation

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la présentation sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Estimations mondiales chez l'adulte et l'enfant, fin 2003

D'après ces chiffres impressionnants, il est réaliste de considérer le VIH/SIDA comme une urgence mondiale.

Diapositive 4: L'épidémie mondiale de SIDA, 1990–2003

Au niveau mondial, la tendance est à l'augmentation à la fois en chiffres absolus et en prévalence du VIH. L'épidémie n'est pas encore stabilisée.

Diapositive 5: Tendances de la prévalence estimée du VIH par région

Pour obtenir les tendances de la prévalence montrées sur cette diapositive, on est parti d'hypothèses sur la date à laquelle une prévalence importante (mesurable) du VIH est apparue dans chacune des régions considérées. On a ensuite fait passer une courbe par les estimations publiées par l'ONUSIDA/OMS pour les années 1995, 2000, 2001 et 2002. On estime que peu d'infections par le VIH ont eu lieu dans les années 1970. La prévalence en augmentation en Afrique subsaharienne depuis avant les années 1980 est évidente sur cette diapositive. En 2001, environ 9% des habitants de l'Afrique subsaharienne âgés de 15–49 ans étaient infectés par le VIH. Viennent ensuite les Caraïbes, où on estime que plus de 2% des 15–49 ans vivaient avec le VIH/SIDA en 2002. La transmission hétérosexuelle du VIH est prédominante en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes, et dans une moindre mesure en Asie du Sud et du Sud-Est, où la prévalence régionale atteignait 0,6% en 2001.

Diapositive 6: Nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin 2003

En 2003, on estimait à 40 millions le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA dans le monde. La carte montre leur répartition par région.

Diapositive 7: Nombre estimé d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH pendant l'année 2003

Cinq millions de personnes ont été infectées par le VIH pendant l'année 2003. La carte montre la répartition de ces nouvelles infections par région.

Diapositive 8: Environ 14 000 nouvelles infections par le VIH chaque jour en 2003

Et leur nombre augmente encore : il y a eu plus de 14 000 nouvelles infections par le VIH chaque jour en 2003. Plus de 95% surviennent dans des pays à revenu faible ou moyen, près de 2000 concernent des enfants de moins de 15 ans, environ 12 000 concernent des personnes de 15–49 ans, dont près de 50% sont des femmes, et environ 50% sont des personnes de 15–24 ans.

Diapositive 9: Nombre estimé de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant pendant l'année 2003

Trois millions de personnes sont mortes du VIH/SIDA en 2003.

Diapositive 10: Proportion de personnes vivant avec le VIH/SIDA, par région

Ce que l'on a déjà vu sur la carte est présenté ici de façon différente. La contribution de l'Afrique subsaharienne est impressionnante.

Diapositive 11: Causes majeures de la charge de morbidité en Afrique, 2000

Le SIDA est la principale cause de morbidité en Afrique, avec 20,6% du total. Le graphique en haut à droite de cette diapositive montre, en valeur absolue, la progression de l'épidémie en Afrique subsaharienne.

Diapositive 12: Causes majeures de décès en Afrique, 2000

De même, le SIDA est la principale cause de décès en Afrique. Le nombre de décès en valeur absolue est donné sur le graphique en haut à droite de cette diapositive. Il faut noter que les personnes qui meurent de tuberculose en ayant le SIDA (car la tuberculose est une des maladies qui définissent le SIDA) sont comptabilisées comme décès dus au SIDA. Cela explique pourquoi la tuberculose ne vient qu'en septième position parmi les causes majeures de décès.

Diapositive 13: Prévalence du VIH chez l'adulte en Afrique subsaharienne, 1986–2001

Cette diapositive montre la tendance de la prévalence du VIH parmi les adultes de la population générale dans les pays d'Afrique subsaharienne. La propagation initiale, dans l'ouest et l'est de l'Afrique, a été supplantée ces dernières années par le développement de l'épidémie dans la partie sud du continent.

Il y a maintenant sept pays – tous en Afrique australe – dans lesquels plus d'un adulte sur cinq vit avec le VIH. Et pourtant, il y a dix ans, la prévalence du VIH dans ces pays était bien au-dessous de 5%.

Diapositive 14: Baisse de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans des zones urbaines d'Afrique : 1985–2002

Des données empiriques en provenance de plusieurs pays montrent que la prévention de la transmission du VIH est possible à grande échelle, surtout chez les jeunes. On le voit surtout en Ouganda, où la prévalence du VIH n'a pas cessé de baisser à l'échelle du pays depuis les sommets qu'elle atteignait à la fin des années 1980. Les succès obtenus en Ouganda sont largement reconnus et s'appuient sur une combinaison de facteurs parmi lesquels une forte impulsion venue du sommet de l'Etat, avec l'offensive contre le SIDA menée avec détermination par le Président Museveni conjointement avec des actions communautaires énergiques menées par l'intermédiaire d'organisations comme The AIDS Support Organization (TASO). Outre les résultats obtenus par l'Ouganda, on observe aussi une baisse continue de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes en Ethiopie et au Rwanda, mais elle est encore limitée aux capitales de ces pays, ce qui reflète la répartition actuelle des efforts de lutte contre le SIDA.

Diapositive 15: Prévalence du VIH (%) chez les 15-24 ans dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, 2001–2003

La prévalence du VIH dans les groupes d'âge sexuellement actifs est nettement plus élevée chez les femmes. Cela représente le tableau typique de la transmission hétérosexuelle de la maladie, la plupart des cas étant transmis lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.

Diapositive 16: Prévalence du VIH chez l'adulte en Asie: 1986–2001

La progression de l'épidémie en Asie est présentée ici de la même façon que dans la diapositive 13.

Diapositive 17: Nombre estimé de nouvelles infections à VIH en Thaïlande par an et évolution des modes de transmission, 1985–2002

Cette diapositive montre que les efforts de prévention peuvent être couronnés de succès. En Thaïlande, en 1990–1991 (lorsque le nombre de nouvelles infections était au maximum), 90% des infections concernaient les travailleurs sexuels, et 5%

seulement les conjoints. Dix ans plus tard, la situation s'était inversée et le nombre total d'infections était beaucoup plus faible. Seules 15% des infections concernaient les travailleurs sexuels (qui constituaient la cible de la campagne de prévention) alors que 50% concernaient les conjoints, car il a fallu davantage de temps pour que les efforts de prévention soient efficaces au niveau de la transmission hétérosexuelle du VIH entre partenaires vivant ensemble.

Diapositive 18: Taux de prévalence du VIH chez les travailleurs sexuels et les utilisateurs de drogues injectables dans divers sites en Indonésie, 2000–2001

L'Indonésie est un cas classique de pays où les signes avant-coureurs d'une épidémie majeure sont visibles. Alors que le pays a apparemment échappé à l'épidémie jusqu'à une époque récente, on y voit depuis 2000 des taux croissants de VIH à la fois chez les travailleurs sexuels et, surtout, chez les utilisateurs de drogues injectables, dont le nombre est en augmentation.

Diapositive 19: Prévalence du VIH chez l'adulte en Amérique latine et dans les Caraïbes, 1986–2001

La progression de l'épidémie de VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes est présentée ici de la même façon que dans les diapositives 13 et 16.

Diapositive 20: Cas de SIDA notifiés par sous-région dans la Région européenne de l'OMS, 1995–2002

Dans la Région européenne, les caractéristiques de l'épidémie (et également les résultats des efforts de prévention) diffèrent selon que l'on se trouve dans la partie occidentale, centrale ou orientale de la Région. Le nombre de cas de SIDA augmente en Europe orientale (voir en haut à droite de la diapositive) et diminue en Europe centrale et occidentale. Il faut noter que l'échelle des valeurs absolues le long de l'axe des ordonnées n'est pas la même sur les trois graphiques.

Diapositive 21: Tendances de l'incidence du VIH et du SIDA, Union européenne, 1980–1999

Selon les estimations d'EuroHIV (unité chargée de la surveillance du VIH/SIDA en Europe), l'incidence globale du VIH a diminué, mais pourrait maintenant s'être stabilisée. De même, après l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (HAART), l'incidence du SIDA a diminué. La tendance estimée de l'incidence du SIDA en l'absence d'un tel traitement (tendance à la hausse) est également indiquée sur la figure.

Diapositive 22: Nombre de décès rapportés parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Europe occidentale, 1997–2001

Le nombre de décès rapportés parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Europe occidentale diminue sous l'effet des mesures de prévention et du traitement antirétroviral.

Diapositive 23: Nouvelles infections à VIH notifiées par sous-région dans la Région européenne de l'OMS, 1995–2002

En Europe centrale, les notifications de nouvelles infections par le VIH diminuent de nouveau après s'être stabilisées en 1999. En Europe occidentale, les nombres de cas et les taux augmentent, contrairement à ce qui se passe en Europe orientale. Il faut noter que l'échelle des valeurs absolues le long de l'axe des ordonnées n'est pas la même sur les trois graphiques.

Diapositive 24: Mortalité imputable au VIH chez l'adulte, études sur des communautés en Afrique, 1990–1996

D'après des études menées sur des communautés en Afrique dans les années 1990, la surmortalité due au VIH (partie droite des barres, sous forme de mortalité pour 1000 personnes-années) est significative et augmente avec la séroprévalence du VIH.

Diapositive 25: Modifications de l'espérance de vie dans des pays d'Afrique à forte et faible prévalence du VIH, 1950–2005

La différence d'espérance de vie entre pays à forte et faible prévalence du VIH augmente avec le temps.

Diapositive 26: Enfants devenus orphelins du fait du SIDA : tendances dans quelques pays d'Afrique, 1990-2010

En Afrique subsaharienne, il y a déjà 11 millions d'orphelins du SIDA et l'on s'attend à ce que leur nombre atteigne 20 millions d'ici 2010.

Diapositive 27: Perte de main-d'œuvre (%) du fait du SIDA en 2005 et 2020 dans quelques pays d'Afrique

L'impact du SIDA sur la capacité de main-d'œuvre dans les pays à forte prévalence du VIH est significatif et on peut s'attendre à ce qu'il augmente encore. Cette diapositive montre le pourcentage estimé de la perte de main-d'œuvre en 2005 (barres les plus courtes) et en 2020 (barres les plus hautes).

Diapositive 28: Baisse de la production dans un ménage touché par un décès dû au SIDA, Zimbabwe

D'après les données disponibles (cette diapositive montre un exemple pris au Zimbabwe), la baisse de production du ménage va de 30 à 60% selon les produits examinés.

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la présentation

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la présentation sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Le VIH intensifie l'épidémie de tuberculose (1)

Cette diapositive se passe d'explications. Le mécanisme le plus fréquent par lequel le VIH intensifie l'épidémie de tuberculose consiste en une augmentation du passage de l'infection tuberculeuse, latente ou d'acquisition récente, à la maladie. Ce risque a été mesuré et est de 3–13% par an. Nous allons y revenir dans les deux diapositives suivantes.

Diapositive 4: Incidence de la tuberculose chez les personnes atteintes d'infection tuberculeuse VIH-positives et VIH-négatives

Parmi les personnes VIH-négatives, le risque de progression de l'infection vers la maladie est de 5% les deux premières années et de moins de 10% sur toute la vie.

Diapositive 5: Incidence de la tuberculose chez les personnes atteintes d'infection tuberculeuse VIH-positives et VIH-négatives

La deuxième diapositive montre que chez les personnes VIH-positives, le risque sur toute la vie dépasse 30%.

Diapositive 6: Le VIH intensifie l'épidémie de tuberculose (2)

Cette diapositive montre les deux autres mécanismes par lesquels le VIH intensifie l'épidémie de tuberculose : l'augmentation du taux de rechute et l'augmentation du risque de transmission dans la population générale du fait des cas supplémentaires générés par le VIH selon les mécanismes 1 et 2.

Diapositive 7: Preuves de l'interaction entre l'épidémiologie de la tuberculose et celle du VIH (1)

Plusieurs observations apportent la preuve de l'interaction entre le VIH et l'épidémie de tuberculose. Nous allons d'abord examiner la proportion de personnes infectées par le VIH parmi celles qui sont atteintes de tuberculose.

Diapositive 8: Prévalence estimée du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose, 2002

Cette carte montre la prévalence estimée du VIH parmi les personnes de 15–49 ans atteintes de tuberculose. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, la proportion dépasse 50%.

Diapositive 9: Prévalence estimée de l'infection à VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose, pour 100 000 habitants, 2000

Cette autre carte montre les estimations mondiales de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose ; on voit que l'Afrique subsaharienne compte 9,5 millions de cas de co-infection et l'Asie du Sud-Est 2,3 millions.

Diapositives 10 and 11: Pays classés par nombre et par taux de cas de tuberculose imputables au VIH

Les pays sont classés en fonction du nombre de cas de tuberculose (en milliers) imputables au VIH et du nombre de cas de tuberculose imputables au VIH pour 100 000 habitants. On notera que 80% du nombre total de cas se situent au-dessus du trait rouge et 90% au-dessus du trait bleu.

Diapositive 12: Preuves de l'interaction entre l'épidémiologie de la tuberculose et celle du VIH (2)

La deuxième série de preuves est fournie par l'augmentation des taux de tuberculose dans les zones de forte prévalence du VIH.

Diapositive 13: Incidence estimée de la tuberculose et prévalence du VIH dans les pays à forte charge de morbidité

L'incidence annuelle estimée de la tuberculose pour 100 000 adultes augmente proportionnellement à la prévalence du VIH parmi les personnes de 15–49 ans. Lorsque la prévalence du VIH augmente de 1%, l'incidence de la tuberculose augmente de 26 cas pour 100 000 habitants par an.

Diapositive 14: Epidémie de tuberculose intensifiée par le VIH : Nairobi

Comme le montrent les observations faites à Nairobi, lorsqu'une épidémie de VIH apparaît (courbe en rouge), on peut s'attendre à ce qu'elle soit suivie d'une épidémie de tuberculose (courbe en bleu) dans un délai d'environ six ans.

Diapositive 15: Preuves de l'interaction entre l'épidémiologie de la tuberculose et celle du VIH (3)

La troisième série de preuves est fournie par la fréquence des décès et des maladies dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Diapositive 16: La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, d'après deux études portant sur des autopsies

Cette diapositive se passe d'explications. La tuberculose est la principale cause de décès en Côte d'Ivoire et en République démocratique du Congo.

Diapositive 17: Taux de létalité de la tuberculose en Afrique

En Afrique, le taux de létalité de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA est 3,5 fois plus élevé que parmi les personnes VIH-négatives.

Diapositive 18: Mortalité parmi des personnes atteintes de tuberculose, selon leur statut VIH

Cette diapositive présente le même concept. Le taux cumulé de décès est bien plus élevé chez les personnes VIH-positives que chez les personnes VIH-négatives parmi celles qui sont atteintes de tuberculose, comme le montre cette étude de suivi de 36 mois réalisée en Ethiopie.

Diapositive 19: Taux d'incidence de la tuberculose dans des populations infectées par le VIH en Afrique

La morbidité tuberculeuse est elle aussi fortement augmentée chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les taux d'incidence annuels de la tuberculose dans des populations infectées par le VIH en Afrique sont présentés pour divers pays. Ils vont de 2% à 10%. Les traits verticaux indiquent les intervalles de confiance à 95%.

Diapositive 20: La tuberculose est la principale infection opportuniste chez les personnes atteintes de VIH/SIDA avancé dans cinq sites sentinelles de Thaïlande, 1992–1993

Cette diapositive se passe d'explications. La tuberculose (38% du total) est la principale infection opportuniste en Thaïlande.

Diapositive 21: Les cinq principales maladies indicatrices de SIDA, Région européenne de l'OMS, 2002

La tuberculose se situe par sa prévalence au troisième rang des maladies indicatrices de SIDA en Europe occidentale, au premier rang en Europe centrale et au deuxième rang en Europe orientale.

Diapositive 22: La détection de cas à frottis positif baisse dans certains pays d'Afrique à forte prévalence du VIH

Le VIH modifie également la forme clinique de la tuberculose. Un phénomène important est la réduction de la proportion des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif. Avec l'augmentation des cas de tuberculose extrapulmonaire, cela complique le diagnostic dans les zones de forte prévalence du VIH.

Diapositive 23: Pour combattre la charge de la co-infection tuberculose/VIH, réduire :

Cette diapositive se passe d'explications ; elle énumère les principales approches nécessaires pour réduire la transmission du VIH, la transmission de la tuberculose, la réactivation de la tuberculose chez les personnes VIH-positives, la progression du VIH et l'incidence de la tuberculose.

Diapositive 24: Efficacité du traitement préventif de 6 mois par l'isoniazide chez des personnes vivant avec le VIH/SIDA pendant la période de suivi en Ouganda

L'une des questions les plus brûlantes est le traitement préventif de l'infection tuberculeuse latente chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les personnes ayant reçu un traitement préventif par l'isoniazide risquent moins de développer une tuberculose que celles ayant reçu un placebo. L'incidence cumulée est plus faible avec le schéma thérapeutique à deux ou trois médicaments pendant trois mois (rifampicine et isoniazide (RH) seuls ou avec pyrazinamide (RHZ)) qu'avec le traitement par l'isoniazide seul pendant six mois (6H). L'avantage de l'isoniazide disparaît au bout de quelques années.

Diapositive 25: Traitement antirétroviral et incidence de la tuberculose

Deux vastes études d'observation réalisées en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique (localités à faible prévalence du VIH et de la tuberculose et utilisation du traitement antirétroviral hautement actif) ont montré une baisse de 60–80% de l'incidence de la tuberculose active. De même, dans un contexte de forte transmission du VIH/SIDA comme le Brésil, l'incidence de la tuberculose active a été réduite de 80% au moyen du traitement antirétroviral hautement actif.

Diapositive 26: Tuberculose parmi les personnes atteintes de SIDA au Brésil

L'incidence annuelle de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose miliaire (disséminée) parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA a baissé au Brésil. Cette baisse était de plus en plus marquée à mesure du passage du nombre d'antirétroviraux de un à trois.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 4 : PRINCIPES DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH/SIDA

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 4 : Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.
2. Présentations correspondant aux documents 4.1 et 4.2.
3. Discussion générale et réponses aux questions.
4. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 4 : Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 4 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans les documents 4.1 et 4.2 du manuel du participant.

2. Présentations correspondant aux documents 4.1 et 4.2

Faites les présentations 4.1 et 4.2. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour ces présentations.

Pour rendre les présentations plus vivantes, posez des questions sur la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA. En voici quelques exemples :

- Document 4.1 :
 - Diapositive 3 : Quels sont les éléments stratégiques fondamentaux pour la lutte antituberculeuse ?
 - Diapositive 26 : Quelles erreurs faut-il éviter à tout prix pour que les interventions mise en œuvre conservent toute leur efficacité ?
 - Diapositive 29 : Le diagnostic précoce et le traitement sont-ils suffisants pour lutter contre la tuberculose dans les situations où on observe aussi une forte prévalence du VIH ?
- Document 4.2 :
 - Diapositive 3 : Quelles sont les trois principales voies de transmission du VIH et quelles sont les possibilités de prévention ?
 - Diapositive 5 : Pour quelle voie de transmission, parmi celles que nous venons de voir, la probabilité de transmission par contact est-elle la plus forte ?

Diapositive 14 : Quelles sont les précautions universelles ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

- Document 4.1
 - Le diagnostic précoce et le traitement efficace sont les piliers de la stratégie de lutte antituberculeuse.
 - Du point de vue de la situation épidémiologique générale, il est beaucoup plus dangereux d'instaurer des traitements irréguliers que de ne pas intervenir du tout.
 - En l'absence de thérapie antirétrovirale, le diagnostic précoce de la tuberculose et des traitements techniquement adaptés ne suffisent pas pour améliorer la situation épidémiologique générale de la tuberculose là où existe une forte prévalence du VIH. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent pouvoir bénéficier des traitements antirétroviraux.
- Document 4.2
 - Le sang contaminé est la principale voie de transmission du VIH.
 - La transfusion sanguine constitue le moyen le plus puissant de transmettre ce virus.
 - Il est fortement recommandé d'appliquer les précautions universelles (c'est-à-dire de considérer que toute personne est potentiellement infectée et de mettre en œuvre les politiques et directives pour réduire le risque d'infection).
 - Une prévention efficace du VIH/SIDA est possible et l'on peut traiter les personnes vivant avec le VIH/SIDA à l'aide des médicaments antirétroviraux.

3. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, vous pouvez faire les propositions suivantes.

- Demandez aux participants de décrire les caractéristiques de la lutte contre la tuberculose et le VIH chez eux (au niveau national ou subnational).
- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :
 - La lutte antituberculeuse peut s'appuyer sur une longue expérience de gestion du programme.
 - On adopte une approche similaire pour lutter contre la tuberculose et le VIH.
 - Il y a des possibilités de mener des activités conjointes de lutte contre le VIH et la tuberculose.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

4. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 4

Document N° 4.1

Priorités, cibles et interventions dans la lutte contre la tuberculose

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la présentation

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la présentation sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Stratégie de lutte contre la tuberculose : priorités

La première priorité de la lutte contre la tuberculose est de diagnostiquer les cas infectieux et de les guérir afin de rompre la chaîne de transmission. Le programme ne doit pas chercher à intensifier le dépistage des cas tant qu'il ne sera pas parvenu à guérir tous les cas détectés. L'enregistrement, la notification et l'analyse des données sont prioritaires pour mesurer la réussite du programme en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des cas infectieux. Tous les autres aspects du programme servent à appuyer les activités prioritaires.

Diapositive 4: Décès et cas infectieux évités selon la stratégie, République-Unie de Tanzanie et Viet Nam

Deux pays différents ont obtenu des résultats voisins en ce qui concerne le nombre de décès et de cas infectieux évités pour 100 000 habitants en traitant les cas à frottis positif, les cas à frottis négatif ou en administrant un traitement préventif par l'isoniazide. Traiter les cas infectieux est l'intervention la plus efficace.

Diapositive 5: Pour le responsable de la lutte contre la tuberculose : priorités (1)

Cette diapositive indique quelles doivent être les priorités du responsable de la lutte contre la tuberculose. L'analyse des rapports, la validation des données et l'examen de l'organisation et des résultats du programme permettent d'identifier les lacunes et de proposer des solutions.

Diapositive 6: Pour le responsable de la lutte contre la tuberculose : priorités (2)

Il faut se rappeler quels sont les indicateurs opérationnels disponibles en routine : notification des cas et issue du traitement, charge de travail et qualité du réseau de laboratoires, couverture des établissements de santé. Il peut être demandé au responsable de mesurer l'impact du programme en termes de réduction de la morbidité, de la mortalité et de la transmission.

Diapositive 7: Cibles des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose

Les cibles prévues pour réduire la transmission de 40% sont de détecter 70% du nombre estimé de nouveaux cas à frottis positif et de guérir 85% d'entre eux. La première cible peut être estimée, et la deuxième se calcule en effectuant une analyse de cohorte sur les résultats du traitement.

Diapositive 8: Les interventions antituberculeuses au cours du temps (1)

Les différentes interventions disponibles sont marquées sur une ligne qui montre la décroissance de la tuberculose. On a commencé par isoler les cas infectieux dans des sanatoriums dès 1857, puis sont venus les médicaments, la vaccination par le BCG, le dépistage de masse par microradiographie, le DOTS et les interventions spéciales menées dans les pays à faible incidence en cas de flambées et à destination des groupes à risque. Le bas de la diapositive indique les principaux déterminants du déclin de la tuberculose (amélioration des conditions socio-économiques, sanatoriums, médicaments et dépistage).

Diapositive 9: Les interventions antituberculeuses au cours du temps (2)

A partir de la même figure, on voit que les problèmes qui touchent un programme national de lutte antituberculeuse (VIH, financement insuffisant, etc.) peuvent provoquer une remontée de l'incidence de la tuberculose.

Diapositive 10: La chaîne de transmission

Cette diapositive montre les interventions disponibles pour empêcher un cas index d'infecter un contact et pour empêcher un contact de développer la tuberculose et de devenir à son tour un cas index.

Diapositives 11–15: Interventions

Les diverses interventions sont présentées d'une façon qui se passe d'explications : diagnostic, traitement, contrôle de l'environnement, chimiothérapie préventive et vaccination par le BCG.

Diapositive 14: Il faut noter que dans la plupart des documents consacrés aux activités conjointes tuberculose/VIH, la chimiothérapie préventive (ou chimioprophylaxie) est appelée traitement préventif par l'isoniazide. On l'appelle aussi traitement de l'infection tuberculeuse latente pour insister davantage sur la notion de traitement de l'infection que sur l'aspect préventif.

Diapositives 16–17: Transmission de la tuberculose (1 et 2)

La diapositive 16 présente les buts du programme de lutte contre la tuberculose.

La diapositive 17 pose des questions : Quels sont les facteurs qui peuvent influencer la transmission ? Peuvent-ils être modifiés ? Les changements peuvent-ils être mesurés ?

Diapositive 18: Transmission de la tuberculose (3)

Les diapositives 18–29 expliquent de façon simplifiée comment la tuberculose se transmet dans différents contextes épidémiologiques, selon le modèle de Styblo. L'incidence est égale au produit de la prévalence par le taux de déclenchement de la maladie. Celui-ci peut être influencé par des facteurs tels que la malnutrition, le VIH, la vaccination par le BCG et la chimioprophylaxie ou traitement préventif par l'isoniazide.

Diapositive 19: Transmission de la tuberculose (4)

La prévalence est égale au produit de l'incidence par la durée. Les facteurs qui peuvent influencer sur la durée sont mentionnés au-dessous de la formule.

Diapositive 20: Transmission de la tuberculose (5)

La transmission (et le risque annuel d'infection tuberculeuse) est égale au produit de la prévalence par le contact. Les facteurs qui peuvent influencer sur le contact sont mentionnés au-dessous de la formule.

Diapositive 21: Transmission de la tuberculose (6)

La mortalité est égale au produit de l'incidence par le risque de décès. Les facteurs qui peuvent influencer sur le risque de décès sont mentionnés au-dessous de la formule.

Diapositive 22: Modèle de transmission de la tuberculose (1)

En l'absence d'intervention (imaginons une île isolée ne disposant d'aucun programme de lutte contre la tuberculose), une source d'infection infecte en moyenne 10 personnes par an (20 personnes sur deux ans). Sur les 20 personnes infectées, avec un taux de déclenchement de la maladie de 10%, 50% deviendront des cas à frottis positif. Ainsi, une source produit une source.

Diapositive 23: Modèle de transmission de la tuberculose (2)

En l'absence d'intervention, mais en présence du VIH (imaginons une île isolée ne disposant d'aucun programme de lutte contre la tuberculose mais où le VIH serait présent), une source d'infection n'infecte en moyenne que 10 personnes (car elle vit

moins longtemps). Sur les 10 personnes infectées, avec un taux de déclenchement de la maladie de 50%, 40% deviendront des cas à frottis positifs. Ainsi, une source produit deux sources.

Diapositive 24: Modèle de transmission de la tuberculose (3)

En l'absence d'intervention mais avec d'autres facteurs (imaginons une île isolée ne disposant d'aucun programme de lutte contre la tuberculose mais où des facteurs tels que malnutrition, stress et diabète seraient présents), une source d'infection infecte en moyenne 10 personnes par an (20 personnes sur deux ans). Sur les 20 personnes infectées, avec un taux de déclenchement de la maladie de 20%, 50% deviendront des cas à frottis positif. Ainsi, une source produit deux sources.

Diapositive 25: Modèle de transmission de la tuberculose (4)

En présence d'interventions (imaginons une île isolée où le traitement serait disponible), une source d'infection infecte en moyenne 10 personnes en un an (la période d'infectiosité est réduite). Sur les 10 personnes infectées, avec un taux de déclenchement de la maladie de 10%, 50% deviendront des cas à frottis positif. Ainsi, une source produit 0,5 source.

Diapositive 26: Modèle de transmission de la tuberculose (5)

En présence d'interventions (imaginons une île isolée où le traitement serait irrégulier), une source d'infection infecte en moyenne 10 personnes par an (30 personnes sur trois ans, car la période d'infectiosité est plus longue). Sur les 30 personnes infectées, avec un taux de déclenchement de la maladie de 10%, 50% deviendront des cas à frottis positif. Ainsi, une source produit 1,5 source.

Diapositive 27: Modèle de transmission de la tuberculose (6)

En présence d'interventions (imaginons une île isolée où un diagnostic précoce et un traitement correct seraient disponibles), une source d'infection infecte en moyenne 10 personnes par an (cinq personnes sur 0,5 an). Sur les cinq personnes infectées, avec un taux de déclenchement de la maladie de 10%, 50% deviendront des cas à frottis positif. Ainsi, une source produit 0,25 source.

Diapositive 28: Modèle de transmission de la tuberculose (7)

En présence d'interventions (imaginons une île isolée où un diagnostic précoce et un traitement correct seraient disponibles mais où la malnutrition, le stress et le diabète seraient présents), une source d'infection infecte en moyenne 10 personnes par an (cinq personnes sur 0,5 an). Sur les cinq personnes infectées, avec un taux de déclenchement de la maladie de 20%, 50% deviendront des cas à frottis positif. Ainsi, une source produit 0,50 source.

Diapositive 29: Modèle de transmission de la tuberculose (8)

En présence d'interventions (imaginons une île isolée où un diagnostic précoce et un traitement correct seraient disponibles mais où le VIH serait présent), une source d'infection infecte en moyenne 10 personnes par an (cinq personnes sur 0,5 an). Sur les cinq personnes infectées, avec un taux de déclenchement de la maladie de 50%, 40% deviendront des cas à frottis positif. Ainsi, une source produit une source.

Cette modélisation schématique explique ce qui doit être mis en œuvre (diagnostic précoce plus traitement correct) et ce qui doit être évité (traitement irrégulier ou insuffisant et diagnostic tardif) pour réduire la transmission.

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la présentation

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la présentation sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Risques de transmission

Les facteurs qui déterminent le risque de transmission du VIH sont résumés ici pour les différentes voies de transmission (rapports sexuels, sang et transmission mère-enfant).

Diapositive 4: Catégories d'exposition des cas de SIDA notifiés : divers pays, milieu des années 1990

Le VIH, comme les autres infections sexuellement transmissibles, se répartit de façon hétérogène selon les groupes d'exposition et selon les pays. Cette diapositive illustre les différences de répartition de l'épidémie dans divers pays. Par exemple, l'usage de drogues injectables joue un rôle particulièrement important en Espagne, tandis que la transmission hétérosexuelle prédomine dans les pays en développement. Le Brésil est un cas à part, où la bisexualité est rapportée comme étant à l'origine d'une proportion importante des cas de SIDA.

Diapositive 5: Probabilité de transmission du VIH par contact

Cette diapositive présente la probabilité de transmission du VIH par contact (ou infectiosité par contact, exprimée sur une échelle logarithmique). La probabilité la plus élevée concerne la transfusion sanguine et la plus faible la transmission de femme à homme. Les traits verticaux représentent les intervalles de confiance, qui sont d'autant plus grands que la probabilité est faible.

Diapositive 6: Nombre de cas secondaires générés par chaque cas primaire d'infection sexuellement transmissible (taux de reproduction de base (R_0))

Le taux de reproduction de base (R_0) s'obtient en multipliant le nombre de partenaires sexuels par l'efficacité de la transmission et par la durée de la période infectieuse.

Diapositive 7: Prévention de l'infection à VIH

Les méthodes de prévention de la transmission par voie sexuelle sont indiquées.

Diapositive 8: Augmentation de la déclaration d'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels dans quelques districts d'Ouganda, 1996–2000

L'usage du préservatif peut être augmenté, comme le montre l'expérience de l'Ouganda (1997 par rapport à 1999 dans quatre districts).

Diapositive 9: Prévalence du VIH et déclaration d'utilisation régulière du préservatif chez les prostituées, Abidjan, Côte d'Ivoire, 1992–1998

Cette diapositive présente l'expérience de la Côte d'Ivoire. L'utilisation accrue du préservatif est corrélée à la baisse de prévalence du VIH.

Diapositive 10: Incidence des maladies sexuellement transmissibles en Thaïlande, 1982–2000

L'expérience de la Thaïlande montre que l'augmentation de l'utilisation du préservatif réduit l'incidence de toutes les maladies sexuellement transmissibles.

Diapositive 11: Prévention de l'infection à VIH

Les méthodes de prévention de la transmission de l'infection à VIH par le sang et les produits sanguins sont indiquées.

Diapositive 12: Trois éléments essentiels de la sécurité transfusionnelle

Cette diapositive présente ces éléments. Elle se passe d'explications.

Diapositive 13: Réduire le risque d'infection professionnelle par le VIH

Cette diapositive se passe d'explications. Elle souligne l'importance des précautions universelles. Celles-ci sont expliquées dans la diapositive 14.

Diapositive 14: Précautions universelles

Elles sont clairement expliquées dans cette diapositive.

Diapositive 15: Stérilisation et désinfection

Cette diapositive présente les principes de la stérilisation et de la désinfection. La vapeur sous pression est l'option à préférer pour la stérilisation. Une ébullition de plus de 20 minutes est la meilleure option pour la stérilisation au niveau de la mer. En altitude, il faut davantage de temps car l'eau bout à une température inférieure à 100 °C.

Diapositive 16: Stratégies de prévention : réduction des risques chez les utilisateurs de drogues injectables

Cette diapositive présente les principes de la stratégie. Sans l'appui d'une politique, d'une législation et d'actions de sensibilisation, les principes de la stratégie ne pourront pas être mis en œuvre avec succès.

Diapositive 17: La transmission du VIH ne se fait pas par hasard

Dans un contexte social, économique, culturel et épidémiologique donné, la transmission se fait dans des endroits spéciaux (centres de commerce, bars, bordels, prisons etc.) et implique des catégories définies de personnes (jeunes, migrants et personnes vivant avec le VIH/SIDA) ayant des types définis de comportements (nombreux partenaires sexuels, travail sexuel, rapports sexuels homme-homme et usage de drogues injectables).

Diapositive 18: Pour réduire les comportements à risque et la vulnérabilité au VIH/SIDA, il faut une stratégie de prévention mixte

Pour résoudre le problème il faut fournir des préservatifs, du matériel d'injection et des services contre les maladies sexuellement transmissibles dans les endroits identifiés comme présentant le plus grand risque de transmission du VIH en raison des comportements qui s'y rencontrent, travailler avec les personnes à risque et s'efforcer de renforcer les compétences et connaissances afin de modifier les comportements. Il importe également de réduire la stigmatisation et de créer un environnement favorable.

Diapositive 19: Prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant

Cette diapositive présente les principes de la stratégie. Elle se passe d'explications.

Diapositives 20–21: Stratégies de prévention : transmission mère-enfant

Ces diapositives présentent les trois principes de la stratégie : traitement et/ou prophylaxie par antirétroviraux, accouchement à moindre risque et alimentation du nourrisson. En ce qui concerne ce dernier point, il est nécessaire de peser le risque de transmission du VIH à un enfant séronégatif par le lait maternel par rapport au risque de voir l'enfant mourir de malnutrition ou de maladie diarrhéique.

Diapositive 22: L'offre et l'acceptation du test VIH sont des facteurs limitants dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Cette diapositive résume l'expérience de projets de démonstration soutenus par l'UNICEF dans neuf pays africains, dans lesquels des approches classiques du conseil et du dépistage étaient appliquées dans des services de soins anténatals. Les taux d'abandon étaient élevés pendant les deux premières étapes (processus de conseil et

identification des femmes positives ayant besoin de services). Des rapports en provenance de sites de terrain indiquent que parmi les raisons pour lesquelles les femmes ne profitent pas des services figurent les capacités limitées des dispensaires de soins anténatals à offrir les services de base et le fait que les femmes déclinent les interventions proposées (par exemple le test VIH).

Sur les 137 575 femmes ayant consulté les dispensaires de soins anténatals dans le cadre de ces projets jusqu'à la fin 2001, seules 62% ont bénéficié d'un conseil avant dépistage et, parmi elles, seules 70% ont accepté le test VIH. Ainsi, avant même toute intervention, on manquait plus de la moitié des femmes potentiellement infectées.

Il est toutefois rassurant de constater que les taux d'abandon étaient sensiblement plus faibles dans certains centres ou pays ayant élaboré des approches des services de conseil et de test mieux adaptées au contexte des dispensaires de soins anténatals à forte charge de travail, comme en Thaïlande.

Diapositive 23: Khayelitsha, Afrique du Sud : l'existence de services décentralisés de traitement antirétroviral, d'information et de soutien multidisciplinaire augmente considérablement la demande de conseil et de test

Il est indispensable d'élargir l'accès à la prévention et au traitement de l'infection à VIH, car actuellement seules 10% des personnes ayant besoin de services de conseil et dépistage volontaires y ont accès. La stigmatisation et la discrimination continuent d'empêcher l'accès au test VIH. Cette diapositive présente l'expérience de Khayelitsha : l'existence de services de traitement antirétroviral, avec une action d'information et des services de soutien multidisciplinaire, a augmenté la demande de conseil et de test.

Diapositive 24: Principes de base du dépistage : les « 3 C »

Les trois « C » sont la confidentialité, le conseil et le consentement informé.

Diapositive 25: L'ONUSIDA et l'OMS recommandent de bien distinguer les quatre types suivants de tests VIH

Ces tests sont demandés par le client (conseil et test volontaires) ou par le fournisseur (test VIH proposé de façon systématique par le personnel de santé, test VIH à visée diagnostique ou dépistage obligatoire).

Diapositives 26–31: Conseil et test demandés par le client et par le fournisseur

Ces diapositives se passent d'explications. Les quatre types de tests VIH mentionnés dans la diapositive 25 sont décrits. L'ONUSIDA et l'OMS ne soutiennent pas le dépistage obligatoire d'individus pour des motifs de santé publique, comme il est expliqué dans la diapositive 30. La diapositive 31 résume les recommandations concernant le dépistage obligatoire (pour les formalités d'immigration ou dans le cadre de l'armée).

Diapositive 32: Conseil et test VIH dans le cadre des soins aux patients tuberculeux

Cette diapositive montre comment les services de lutte contre la tuberculose sont importants en tant que points d'entrée pour l'accès universel au traitement antirétroviral et ce qu'on peut en attendre. Nous reviendrons en détail sur cette question dans les Unités 8, 14 et 15.

Diapositive 33: Conseil et test VIH et services de lutte contre la tuberculose

L'initiative ProTEST propose 1) de renforcer les activités de conseil et de test VIH dans le cadre des services de lutte contre la tuberculose, et 2) de renforcer la composante tuberculose dans le cadre des services de dépistage et de prise en charge du VIH.

Diapositive 34: Que faut-il ?

Les conditions nécessaires sont présentées en détail. Cette diapositive se passe d'explications.

Diapositive 35: Le test rapide

Cette diapositive donne des détails sur le test rapide. Le test rapide est un outil puissant qui doit être correctement mis en œuvre.

Diapositive 36: Algorithme pour l'utilisation des tests VIH rapides dans les services de conseil et de dépistage

Cette diapositive présente l'algorithme. Un test rapide positif doit être confirmé par un deuxième test. L'algorithme explique clairement ce qu'il faut faire en cas de résultat douteux.

Diapositive 37: Soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

Les soins exigent à la fois le traitement spécifique de la maladie et le traitement destiné à soulager les symptômes. Comme spécifié dans le document Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH (voir Unité 8), l'accès aux soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA est un droit humain fondamental qui passe par la fourniture de soins médicaux dans le cadre d'une stratégie complète de soins axée sur le VIH/SIDA, qui comprend la prise en charge clinique (prophylaxie, diagnostic précoce, traitement rationnel et suivi des infections opportunistes), les soins infirmiers (y compris la promotion de l'hygiène et le soutien nutritionnel), les soins palliatifs, les soins à domicile (y compris l'éducation des soignants et de la famille et la promotion des précautions universelles), le conseil et le soutien psychosocial. Il existe une série complète de documents de référence sur cette question. Ils sont présentés dans les diapositives 38–40.

Diapositive 38: Documents IMAI (Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte)

Les directives de base pour la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte donnent des indications détaillées sur les soins cliniques.

- Le module sur les soins aigus indique comment classer la maladie et donner un traitement spécifique d'après les signes et symptômes. Il comprend une section sur la façon de gérer les signes d'urgence (contrôle rapide et traitement d'urgence).
- Le module sur les soins chroniques du VIH avec traitement antirétroviral donne des renseignements utiles sur la façon de gérer le traitement antirétroviral dans les établissements de santé de premier niveau.
- Le module sur les soins palliatifs donne des renseignements utiles sur la prise en charge des symptômes et l'accompagnement des malades en fin de vie.
- Le module sur les principes généraux pour des soins chroniques de qualité donne les principes généraux pour des soins chroniques de qualité applicables, entre autres, au VIH/SIDA.

Diapositive 39: TB/VIH – manuel clinique

Cette publication donne des informations cliniques détaillées sur le diagnostic et les soins pour la tuberculose et le VIH/SIDA.

Diapositive 40: Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées

Cette publication fournit des directives utiles pour l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées, selon une approche de santé publique.

L'Unité 6 (Document 6.3 : Prise en charge clinique du VIH/SIDA) donne davantage de détails sur les soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et sur le traitement antirétroviral.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 5, PARTIE 1 : LA STRATEGIE DOTS DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Marche à suivre
1. Introduction de la première partie de l'unité 5 : La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose.
2. Présentation correspondant au document 5.1.
3. Discussion générale et réponses aux questions.
4. Synthèse

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de la première partie de l'unité 5 : La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose

Demandez aux participants de lire la première page de la première partie de l'unité 5 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 5.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 5.1

Faites la présentation 5.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions sur la lutte contre la tuberculose. En voici quelques exemples :

Diapositive 5 : Quels sont les cinq éléments de la stratégie DOTS ?

Diapositive 8 : Quelles sont les différences entre DOTS et DOT ?

Diapositive 12 : Quelles sont les trois phases de la mise en œuvre progressive du DOTS ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

- DOTS est le nom déposé de la stratégie préconisée par l'OMS pour lutter contre la tuberculose.
- DOT est l'un des éléments de cette stratégie.
- La phase de maintien de la stratégie DOTS est la plus difficile à réussir.

3. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, vous pouvez faire les propositions suivantes.

- Demandez aux participants de décrire les caractéristiques de l'application de la stratégie DOTS chez eux (au niveau national ou subnational).
- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :
 - DOTS est un nom déposé, pas un acronyme.
 - La co-infection tuberculose-VIH fait partie intégrante du DOTS.
 - Il y a des possibilités de mener des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

4. Synthèse

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 5, PARTIE 2 : PRISE EN CHARGE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE

Marche à suivre
1. Introduction de la seconde partie de l'unité 5 : Prise en charge clinique de la tuberculose.
2. Présentation correspondant au document 5.2.
3. Exercice du document 5.3.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de la seconde partie de l'unité 5 : prise en charge clinique de la tuberculose

Demandez aux participants de lire la première page de la seconde partie de l'unité 5 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 5.2 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 5.2

Faites la présentation 5.2. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions sur la lutte contre la tuberculose. En voici quelques exemples :

Diapositive 5 : Quelle différence y a-t-il entre diagnostic et dépistage des cas ?

Diapositive 17 : Quelles sont les possibilités offertes par l'examen des frottis d'expectorations, la culture et la radiologie pour le diagnostic de la tuberculose ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

- Le diagnostic est une activité clinique, le dépistage des cas une activité du programme de lutte.
- L'examen des frottis permet le dépistage rapide des sources d'infections pour réduire le risque contagieux et suivre le traitement.

- La culture permet de confirmer le diagnostic et, lorsque les moyens existent, de suivre le traitement.
- La radiologie aide pour le diagnostic clinique et le dépistage dans les groupes à haut risque.

3. Exercice du document 5.3

Demandez aux participants de lire le document 5.3 de leur manuel pour se familiariser avec les méthodes et le but de l'exercice.

Rappelez-leur de lire, dans le rapport sur la Fictitie à l'annexe 1 de leur manuel, les pages indiquées.

Rappelez aux participants de désigner un rapporteur dans chaque groupe et de préparer un bref rapport (sous forme d'une liste de points importants sur un transparent ou, si c'est possible, en présentation PowerPoint).

Trente minutes sont consacrées au travail de groupe sur cet exercice et 30 autres minutes pour en discuter avec l'ensemble des participants.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, reportez-vous aux activités demandées pour l'exercice du document 5.3.

Vous pouvez faire les propositions suivantes :

- Demandez aux participants de décrire l'organisation de la prise en charge de la tuberculose chez eux (au niveau national ou subnational).
- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :
 - Le diagnostic de la tuberculose repose sur la bactériologie.
 - Le traitement est standardisé.
 - Le diagnostic et le traitement d'un sujet atteint de tuberculose constituent une intervention de santé publique.
 - La prise en charge clinique de la tuberculose offre des possibilités de mettre en œuvre des activités conjointes contre elle et le VIH.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la sous-unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la partie 1 de l'Unité 5 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Historique du DOTS

Cette diapositive présente l'historique du DOTS, depuis la définition par Styblo du modèle de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires utilisé dans le programme de lutte contre la tuberculose en République-Unie de Tanzanie dans les années 1980. L'OMS a lancé le DOTS en tant que nom déposé en 1995.

Diapositive 4: DOTS: définition

La définition du DOTS est donnée dans cette diapositive, qui se passe d'explications.

Diapositive 5: DOTS : les cinq éléments

La stratégie DOTS est présentée dans cette diapositive, qui se passe d'explications. Le DOT et le DOTS sont deux choses différentes. Le DOTS est la stratégie recommandée par l'OMS pour la lutte contre la tuberculose. Le DOT (traitement sous observation directe) est une composante du troisième élément de la stratégie. Malheureusement, ces deux termes sont souvent utilisés de façon incorrecte, même par les spécialistes.

Diapositive 6: Aspects du DOTS

Les aspects du DOTS (techniques, logistiques, opérationnels et politiques) sont présentés. Ils seront détaillés dans les diapositives suivantes.

Diapositive 7: Techniques

Les principaux aspects techniques du DOTS sont présentés (dépistage des cas et diagnostic, chimiothérapie standardisée de brève durée, observation directe pendant la phase initiale du traitement (DOT), enregistrement et notification des progrès et de la guérison). Ils seront décrits plus en détail dans l'Unité 5.2.

Diapositive 8: DOT

Le principe du DOT est expliqué, tel qu'il a été décrit par John Sbarbaro en 1990.

Diapositive 9: Logistiques

Les principaux aspects logistiques du DOTS sont présentés : approvisionnement en médicaments et produits de diagnostic, développement d'un bon réseau de laboratoires pour l'examen microscopique des expectorations, et formation et supervision des personnels de santé.

Diapositive 10: Opérationnels

Cette diapositive souligne le fait que la mise en œuvre des cinq éléments clés du DOTS doit être souple.

Diapositive 11: Politiques

Sans engagement politique, la tuberculose ne peut être maîtrisée. Les principales activités qui témoignent de l'engagement des pouvoirs publics en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose sont la formulation de politiques rationnelles et la mobilisation de ressources suffisantes.

Diapositive 12: Les trois phases de la mise en œuvre progressive du DOTS

Les phases habituelles sont la phase de projet pilote, la phase d'extension et la phase d'entretien. La dernière est probablement la plus difficile à gérer. Il est important de discuter ces questions avec les participants.

Diapositive 13: Une stratégie axée sur la qualité

Cette diapositive présente les différences entre programmes DOTS et non-DOTS en termes de dépistage, de diagnostic, de classement des patients en catégories de traitement, de choix du traitement, de suivi, d'enregistrement et de notification, de guérison et de résultat.

Diapositive 14: Le DOTS est davantage que :

Le DOT, seulement cinq éléments, strictement cinq éléments. Il est important de discuter ces questions avec les participants.

Diapositive 15: Issue du traitement par Région OMS : DOTS contre non-DOTS

Les résultats du DOTS (rapportés par Région OMS) sont régulièrement meilleurs que ceux des traitements non-DOTS.

Diapositive 16: Dynamique de la tuberculose pulmonaire au Pérou

Cette diapositive montre les bons résultats de la lutte antituberculeuse au Pérou de 1980 à 2000. Après l'adoption de la stratégie DOTS en 1990, le nombre de cas de tuberculose pulmonaire dépistés a d'abord augmenté puis s'est stabilisé et a commencé à baisser de 6% par an. En 10 ans, l'incidence des cas notifiés a baissé d'environ 50%.

Diapositive 17: Progrès sur la voie des cibles 70/85

Cette diapositive montre qu'il reste des efforts à faire pour atteindre la cible de 70% des cas dépistés, alors que de nombreux pays s'approchent des 85% de taux de réussite.

Diapositives 18–22: Stratégie mondiale recommandée par l'OMS pour stopper la tuberculose et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 2015

Ces diapositives montrent les cinq éléments d'origine du DOTS et les composantes supplémentaires qui aideront à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Diapositive 23: Des soins antituberculeux pour tous : viser haut

Cette diapositive insiste sur la qualité des soins en tant que moyen de lutte contre la tuberculose.

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la sous-unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la partie 2 de l'Unité 5 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Organisation de la prise en charge clinique : objectif

L'objectif est la prise régulière des médicaments jusqu'à la guérison.

Diapositive 4: Organisation de la prise en charge clinique : facteurs

Les principaux facteurs de l'organisation de la prise en charge clinique sont l'accès des patients aux services de santé, l'approvisionnement régulier en médicaments, la durée et la périodicité du traitement, le DOT et la présentation des médicaments.

Diapositives 5–6: Différence entre diagnostic et dépistage

Ces diapositives (qui se passent d'explications) soulignent la différence entre le diagnostic (activité de soins de santé réalisée sur des personnes qui viennent consulter pour des symptômes ou des signes de maladie) et le dépistage (activité d'un programme de lutte principalement destinée à trouver les sources d'infection dans la communauté).

Diapositive 7: Dépistage des cas – passif

Cette diapositive définit le dépistage passif des cas. En fait, cette activité n'est pas passive du tout, car les services de santé doivent veiller à repérer les personnes atteintes de toux chronique qui se présentent dans les services de santé pour des symptômes.

Diapositives 8–12: Dépistage des cas – examen de frottis d'expectorations, culture et radiographie pulmonaire

Ces diapositives exposent en détail les différentes méthodes de diagnostic disponibles. La diapositive 8 présente les caractéristiques de l'examen de frottis d'expectorations. La diapositive 9 donne davantage de détails sur la méthode. La positivité des frottis dépend du nombre de bacilles (infectiosité, cavités et maladie à un stade avancé). L'efficacité de cette méthode diminue lorsque la tuberculose est rare et qu'elle est dépistée tôt, et est plus faible dans le cas d'un dépistage actif que chez les patients qui se présentent spontanément dans les services de santé. La positivité des frottis est habituellement très élevée dans les établissements spécialisés dans la tuberculose, où les patients arrivent dans un état grave, à un stade avancé de la maladie. La diapositive 10 présente les caractéristiques de la culture d'expectorations, et les diapositives 11–12 celles de la radiographie pulmonaire en tant qu'outil de diagnostic et de surveillance.

Diapositives 13–15: Dépistage des cas

La diapositive 13 explique où trouver les sources d'infection dans la communauté et dans les groupes à risque.

La diapositive 14 décrit ce à quoi l'on peut s'attendre dans les services ambulatoires.

La diapositive 15 montre que le meilleur indicateur du dépistage des cas est le nombre de personnes présentant une toux qui sont examinées en vue d'un diagnostic au niveau du district. Le registre des personnes chez qui l'on suspecte une tuberculose est décrit dans l'Unité 9 sur l'enregistrement et la notification.

Diapositive 16: Dépistage des cas : définitions

Cette diapositive définit la suspicion de tuberculose, le cas de tuberculose et le cas certain de tuberculose.

Diapositive 17: Dépistage des cas : conclusions

Cette diapositive résume les conclusions sur la valeur diagnostique de l'examen de frottis d'expectorations, de la culture et de la radiologie.

Diapositive 18: Schémas thérapeutiques standardisés

Le schéma thérapeutique recommandé pour chaque personne est basé sur sa catégorie de diagnostic. Cette diapositive montre les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS pour chaque catégorie de diagnostic.

L'observation directe de la prise de médicaments (DOT) est requise pendant la phase initiale du traitement (deux mois) chez les cas à frottis positif, lorsque des schémas de traitement intermittent sont appliqués et dans tous les cas lors de la prise de rifampicine. La phase de continuation (4–6 mois) avec isoniazide + éthambutol n'exige pas d'observation directe. Le but de cette politique est de limiter le plus possible le développement de la résistance à la rifampicine. Par exemple, en République-Unie de Tanzanie, où le traitement appliqué est de six mois d'isoniazide + éthambutol, on observe des taux très faibles de résistance à la rifampicine (et donc de tuberculose multirésistante). Ce schéma thérapeutique est toutefois associé à des taux plus élevés d'échec thérapeutique et de rechute que celui avec six mois d'isoniazide + rifampicine. Mais il guérit en principe la grande majorité des patients qui suivent bien leur traitement, ce qui permet de garder en réserve les schémas de retraitement à base de rifampicine pour les cas d'échec thérapeutique et les rechutes. L'autre avantage est que le traitement de six mois par l'isoniazide + éthambutol peut être pris en même temps que le traitement antirétroviral.

Si le patient ne suit pas correctement son traitement, il faut utiliser des comprimés en associations fixes. Les associations fixes réduisent les erreurs de prescription, diminuent le nombre de comprimés que le patient doit avaler et empêchent le patient de trier les comprimés qu'il veut prendre.

Les catégories de traitement sont :

Catégorie 1: Cas à frottis positif et à frottis négatif avec atteinte parenchymateuse étendue, formes graves de tuberculose extrapulmonaire – notamment tuberculose méningée, péricardique, disséminée (ou miliaire). Dans la méningite tuberculeuse, l'éthambutol doit être remplacé par la streptomycine.

Catégorie 2: Si possible, il est recommandé de faire un antibiogramme avant de prescrire un traitement de catégorie 2 en cas d'échec. Les patients atteints de tuberculose multirésistante avérée doivent recevoir un traitement de catégorie 4.

Catégorie 3: Ce schéma thérapeutique est le même que pour la catégorie 1, mais les priorités peuvent différer (DOT et surveillance par examen de frottis d'expectorations). Cependant, l'OMS précise que pour cette catégorie, il est possible d'omettre l'éthambutol pendant la phase initiale du traitement pour les patients atteints de tuberculose non cavitaires à frottis négatif dont on sait qu'ils sont VIH-négatifs.

Conjointement avec Partners in Health et la Harvard Medical School, le programme péruvien a mis en place des traitements individualisés pour les cas de tuberculose multirésistante. Cette stratégie s'est révélée très efficace, avec des taux de guérison d'environ 70%. Dans la Fédération de Russie, des schémas thérapeutiques standardisés sont actuellement testés, également avec des succès notables, conjointement avec les Centers for Disease Control des Etats-Unis d'Amérique et l'Université d'Alabama entre autres.

Diapositives 19–21: Organisation du traitement (1–3)

Diapositives 19–20: Avec les traitements très efficaces dont on dispose maintenant, il n’y a pas de raison d’hospitaliser les patients atteints de tuberculose. Le traitement avec hospitalisation se justifie dans certains cas :

- gravité clinique (traitement de préférence dans un hôpital général);
- pas d’accès au DOT (essentiellement quand le système de soins ambulatoires n’est pas encore efficacement organisé);
- complications (anémie ou pneumothorax) ou maladie concomitante (VIH ou diabète);
- toxicité médicamenteuse et traitement initial par des médicaments de deuxième intention chez les cas multirésistants.

La durée de l’hospitalisation dépendra de ce qui l’a motivée.

En général, un lit-année suffit pour 3–4 patients, et environ 20% des patients doivent être hospitalisés à un moment ou à un autre pendant le traitement. L’hospitalisation dans un hôpital général ou un hôpital spécialisé dans les maladies infectieuses est plus souple qu’en sanatorium. Les hôpitaux des grandes villes spécialisés dans la tuberculose ont diversifié leurs activités et ont maintenant des services de pneumologie (cancers, maladies chroniques), d’infectiologie ou de médecine interne et de chirurgie. Dans de nombreux pays riches, la tuberculose est devenue une maladie rare, qui se soigne en ambulatoire. Comme les sanatoriums étaient construits dans des lieux isolés, beaucoup n’ont pu être reconvertis et sont devenus des reliques du passé.

La plupart des choix se font au niveau national, pour avoir des schémas thérapeutiques standard qui soient efficaces et qui facilitent l’achat et l’assurance de la qualité des médicaments antituberculeux, la formation du personnel et l’observance du traitement.

Diapositive 21: “Tous les jours” peut signifier chaque jour de la semaine, comme chez les patients hospitalisés et dans le cas de la deuxième phase avec isoniazide + éthambutol en auto-administration, ou six fois par semaine (dans de rares cas, cinq fois par semaine), en excluant le dimanche si les établissements de santé sont fermés. Les programmes nationaux peuvent décider de donner la dose du dimanche au patient pour auto-administration ou simplement de sauter cette dose.

La présentation standard des médicaments délivrés par le Global Drug Facility comprend 28 doses par mois, ce qui correspond à 28–33 jours selon la procédure adoptée pour le dimanche.

Diapositive 22: Processus de dispensation du traitement

Il est clairement décrit dans cette diapositive.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 6, PARTIE 1 : ACCES UNIVERSEL AU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Marche à suivre
1. Introduction de la première partie de l'unité 6 : Accès universel au traitement antirétroviral.
2. Présentation correspondant au document 6.1.
3. Discussion générale et réponses aux questions.
4. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de la première partie de l'unité 6 : Accès universel au traitement antirétroviral

Demandez aux participants de lire la première page de la première partie de l'unité 6 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 6.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 6.1

Faites la présentation 6.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions sur l'accès universel aux traitements antirétroviraux. En voici quelques exemples :

Diapositive 14 : Quels sont les cinq piliers de l'accès universel au traitement antirétroviral ?

Diapositive 19 : Quels sont, pour l'accès universel au traitement antirétroviral, les principaux domaines dans lesquels les pays ont besoin d'une assistance technique ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

- « Trois millions d'ici 2005 » est une stratégie ayant pour but de fournir le traitement antirétroviral à trois millions de personnes avant la fin de l'année 2005, l'objectif étant à terme l'accès universel. Des résultats importants ont été déjà obtenus, même si le chiffre fixé ne sera pas atteint.
- Au moment de la rédaction définitive du présent guide, l'OMS mettait au point une stratégie officielle de lutte contre le VIH/SIDA pour faire suite à

«Trois millions d'ici 2005 ». Elle permettra de parvenir à l'accès universel au traitement antirétroviral. Lorsque la promotion officielle de la nouvelle stratégie OMS de lutte contre le VIH/SIDA aura commencé, le titre de l'unité et la présentation 6.1 seront modifiés dans tous les documents pour intégrer les nouvelles données dans tous les matériels de formation.

3. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, vous pouvez faire les propositions suivantes.

- Demandez aux participants de décrire dans quelle mesure leurs pays souscrivent à l'accès universel au traitement antirétroviral au niveau national ou subnational.
- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :
 - L'accès universel au traitement antirétroviral est une initiative reposant sur cinq piliers ;
 - La collaboration avec le programme de lutte antituberculeuse améliorera son efficacité.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

4. Synthèse

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 6, PARTIE 2 : PRISE EN CHARGE CLINIQUE DU VIH/SIDA

Marche à suivre
1. Introduction de la seconde partie de l'unité 6 : Prise en charge clinique du VIH/SIDA.
2. Présentation correspondant au document 6.3.
3. Exercice du document 6.4.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduire la seconde partie de l'unité 6 : Prise en charge clinique du VIH/SIDA

Demandez aux participants de lire la première page de la seconde partie de l'unité 6 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 6.3 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 6.3

Faire la présentation 6.3. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions sur la prise en charge clinique du VIH/SIDA. En voici quelques exemples :

Diapositives 6, 10 et 11 : Quels sont les critères d'admissibilité au traitement antirétroviral ?

Diapositives 7 à 9 : Quels sont les stades de l'infection à VIH selon le système de l'OMS ?

Diapositive 16 : Quels sont les schémas thérapeutiques antirétroviraux de première et de deuxième intention recommandés par l'OMS ?

Diapositive 22 : Quelles sont les particularités de la thérapie antirétrovirale chez les patients présentant également une tuberculose ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

- Les critères justifiant l'administration d'une thérapie antirétrovirale peuvent varier en fonction des situations.

- La confirmation de l'infection à VIH par le laboratoire est nécessaire (test rapide, avec confirmation par un second essai). En cas de pénurie des ressources, on recommande l'évaluation clinique selon le système proposé par l'OMS pour déterminer le stade de l'infection.
- Le schéma thérapeutique standardisé de première intention est relativement facile à prendre en charge (reportez-vous également à l'unité 14 sur l'expérience du Malawi).

3. Exercice du document 6.4

Demandez aux participants de lire le document 6.4 de leur manuel pour se familiariser avec les méthodes et le but de l'exercice.

Rappelez-leur de lire, dans le rapport sur la Fictitie à l'annexe 1, les pages indiquées.

Rappelez aux participants de désigner un rapporteur dans chaque groupe et de préparer un bref rapport (sous forme d'une liste de points importants sur un transparent ou, si c'est possible, en présentation PowerPoint) pour la discussion générale.

Trente minutes sont consacrées au travail de groupe sur cet exercice et 30 autres minutes pour en discuter avec l'ensemble des participants.

Apportez-leur votre aide pendant qu'ils travaillent.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, reportez-vous aux activités demandées pour l'exercice du document 6.4.

Vous pouvez faire les propositions suivantes :

- Demandez aux participants de décrire comment la prise en charge clinique du VIH/SIDA est organisée chez eux (au niveau national ou subnational).
- Demandez aux participants de décrire les critères cliniques ou biologiques justifiant la thérapie antirétrovirale et les traitements antirétroviraux employés chez eux.
- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :
 - La thérapie antirétrovirale est la principale intervention.
 - Les participants, qui travaillent pour la santé publique, ne sont pas forcément intéressés par tous les détails cliniques.
 - Les informations essentielles à retenir sont celles qui concernent l'application des mesures de santé publique.
 - Il y a des possibilités de mettre en place des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 6

Document N° 6.1

Accès universel au traitement antirétroviral

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la sous-unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la partie 1 de l'Unité 6 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant. L'OMS élabore actuellement la stratégie officielle qui sera recommandée pour la lutte contre le VIH/SIDA, et qui fera suite à la stratégie "3 millions d'ici 2005". Cette stratégie conduira à l'accès universel au traitement antirétroviral. Lorsque sera lancée officiellement la nouvelle stratégie recommandée par l'OMS pour la lutte contre le VIH/SIDA, le titre de l'Unité 6 et de la présentation qui l'accompagne (document 6.1) devront être modifiés dans tous les documents et le nouveau contenu incorporé dans les matériels de formation.

Diapositive 3: Mythes concernant le traitement antirétroviral

Cette diapositive se passe d'explications. Comme nous le verrons, même si certains de ces mythes reposent sur des faits réels, beaucoup de changements sont déjà intervenus dans les pays en développement. Il existe maintenant de nouvelles possibilités.

Diapositive 4: Pourquoi maintenant ?

Il y a un désaccord entre la demande et l'offre de traitements antirétroviraux, mais d'autre part on assiste à un engagement politique et à des possibilités de financement sans précédent. Il faut profiter de cette situation. Cette diapositive se passe d'explications.

Diapositive 5: Couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible et moyen, juin 2005

Cette diapositive montre la couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible et moyen en juin 2005. La couverture moyenne n'est que de 15%.

Diapositives 6–10: Pourcentage estimé de personnes sous traitement antirétroviral parmi celles qui en ont besoin et couverture par région OMS

Les diapositives 6–7 montrent la couverture du traitement antirétroviral à l'échelle mondiale pour 2004 et 2005.

La carte montre que la couverture du traitement antirétroviral est encore faible dans la grande majorité des pays à forte prévalence de l'infection à VIH.

La diapositive 8 indique le nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible et moyen de la fin 2002 à la mi-2005.

La diapositive 9 montre les besoins en traitement antirétroviral par pays (en insistant sur les pays à forte charge de VIH), en pourcentage des besoins mondiaux.

La diapositive 10 présente le nombre estimé de personnes recevant un traitement antirétroviral et le pourcentage de couverture dans les 20 pays où les besoins non couverts étaient les plus importants en juin 2005.

Diapositive 11: Mortalité et utilisation du traitement antirétroviral

Cette diapositive montre clairement l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (en pourcentage de patients-jours sous traitement antirétroviral hautement actif) sur la mortalité (en nombre de décès pour 100 000 personnes-années) dans les pays industrialisés.

Diapositive 12: Traitement du VIH/SIDA : le fossé se creuse

Cette diapositive montre l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif sur les décès dus au SIDA en Europe occidentale. La courbe des décès dus au SIDA en Afrique continue à monter de façon dramatique.

Diapositive 13: Prix (USD par an) d'un traitement antirétroviral de première intention en Ouganda, 1998–2001

Cette diapositive montre clairement la baisse considérable du coût du traitement de première intention en Ouganda à la suite de négociations avec l'industrie pharmaceutique.

Diapositives 14–15: Accès universel au traitement antirétroviral

La diapositive 14 présente les principes directeurs de l'accès universel au traitement antirétroviral.

La diapositive 15 présente le cadre stratégique de l'accès universel au traitement antirétroviral.

Diapositive 16: Accélérer la prévention

Cette diapositive (qui se passe d'explications) souligne la nécessité de généraliser le traitement et la prévention du VIH/SIDA.

Diapositive 17: Influence des enseignements de la tuberculose

Un grand nombre des principes de l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » sont tirés de l'expérience de la lutte contre la tuberculose, comme le montre cette diapositive. Cette question sera traitée en détail dans l'Unité 14 (l'expérience du Malawi).

Diapositive 18: Généralisation du traitement

La carte montre quels étaient en mars 2004 les pays ayant demandé une assistance dans le cadre de l'Initiative.

Diapositive 19: Besoins d'assistance technique identifiés

Cette diapositive indique la proportion de pays ayant demandé une assistance pour chaque domaine d'assistance technique.

Diapositive 20: Conclusions

Cette diapositive se passe d'explications. L'Unité 12 traitera en détail du suivi et de l'évaluation.

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la sous-unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la sous-unité sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant. Il faut noter que les objectifs sont axés sur les directives de traitement concernant le VIH/SIDA (voir Bibliographie).

Diapositive 3: Principes des directives révisées

Cette diapositive se passe d'explications.

Diapositives 4–5: Améliorer l'accès aux antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : points clés (1 et 2)

Ces diapositives se passent d'explications. Les six points clés sont présentés.

1. Admissibilité au traitement antirétroviral – diapositives 6–11.
2. Schémas thérapeutiques de première intention et de deuxième intention – diapositives 12–18.
3. Importance des associations fixes et de la présentation sous plaquettes thermoformées pour améliorer l'observance du traitement, limiter l'émergence de la pharmacorésistance et faciliter la logistique – diapositives 19–21.
4. Critères de surveillance du traitement (y compris définition de l'échec thérapeutique) – diapositives 22–32.
5. Critères d'identification et de gestion de la toxicité médicamenteuse – diapositives 33–42.

Diapositives 6–11: Critères d'admissibilité au traitement antirétroviral

Les diapositives 6–11 présentent les critères qui déterminent l'admissibilité au traitement antirétroviral.

Les critères d'admissibilité au traitement antirétroviral (diapositive 6) exigent d'abord une confirmation au laboratoire de l'infection à VIH. Il existe des critères cliniques : l'OMS a élaboré un système de classification présenté en détail dans les diapositives 7–9. D'autres critères utiles sont la numération des CD4 (voir diapositive 10) et la numération lymphocytaire totale (voir diapositive 11). La détermination de la charge virale (voir diapositive 28) n'est pas nécessaire pour commencer le traitement.

La diapositive 7 décrit les stades cliniques OMS 1 et 2 de l'infection et de la maladie à VIH chez l'adulte et l'adolescent. Les stades sont basés sur des critères simples tels que la perte de poids, les signes et symptômes et le niveau de performance.

La diapositive 8 décrit le stade 3 de l'infection et de la maladie à VIH.

La diapositive 9 décrit le stade 4 (maladie grave : SIDA).

La diapositive 10 décrit les recommandations pour la mise en route du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent atteints d'une infection à VIH documentée, en fonction du stade clinique et de la numération des CD4.

La diapositive 11 décrit les recommandations pour la mise en route du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent atteints d'une infection à VIH documentée lorsque la numération des CD4 est impossible (la numération lymphocytaire totale est nécessaire).

Diapositives 12–18: Traitement antirétroviraux de première et de deuxième intention

La diapositive 12 sert d'introduction. Les diapositives 13–18 définissent les schémas thérapeutiques de première et de deuxième intention.

La diapositive 13 présente les critères de choix d'un schéma thérapeutique de première intention. Les critères les plus importants sont le profil des effets secondaires, l'existence d'associations fixes d'antirétroviraux qui augmentent l'observance prévue, le coût et la disponibilité.

La diapositive 14 présente les principales « familles » d'antirétroviraux, en fonction de leur mode d'action contre le virus VIH. Il faut noter que les médicaments actifs contre la transcriptase inverse (comme la zidovudine, la didanosine et la stavudine) et contre la protéase virale (comme le saquinavir, le ritonavir et l'indinavir) mentionnés sont ceux qui sont disponibles. En revanche, les médicaments actifs contre la fusion (T20) et l'intégrase virale en sont encore au stade expérimental.

La diapositive 15 présente les antirétroviraux recommandés et leurs abréviations (par exemple, 3TC pour la lamivudine et EFZ pour l'efavirenz).

La diapositive 16 montre quels sont les schémas thérapeutiques de première intention et de deuxième intention recommandés par l'OMS. Le lopinavir potentialisé par le ritonavir et le saquinavir potentialisé par le ritonavir nécessitent une chaîne du froid.

La diapositive 17 présente les problèmes associés aux schémas thérapeutiques de deuxième intention.

La diapositive 18 récapitule les schémas thérapeutiques de première intention avec leur posologie, l'existence d'associations fixes, leurs utilisations préférentielles, la nécessité d'une surveillance biologique et leur coût.

Diapositives 19–21: Associations fixes pour faciliter l'observance

Les diapositives 19–21 présentent l'importance des associations fixes et de la présentation sous plaquettes thermoformées pour améliorer l'observance, limiter l'émergence de la pharmacorésistance et faciliter la logistique.

La diapositive 19 récapitule les avantages des associations fixes.

La diapositive 20 présente les associations doubles et triples disponibles.

La diapositive 21 montre les associations fixes les plus courantes et montre que, lorsqu'on ne dispose pas d'associations fixes, la présentation des schémas thérapeutiques avec efavirenz sous plaquette thermoformée peut faciliter l'observance.

La diapositive 22 décrit les recommandations pour la mise en route du traitement antirétroviral chez les personnes atteintes de tuberculose, lorsque la numération des CD4 est possible et dans les cas où elle ne l'est pas.

Diapositives 23–32: Mise en route du traitement antirétroviral et surveillance du traitement

Les diapositives 23–32 donnent le détail des examens de laboratoire recommandés pour la surveillance de l'innocuité et de l'efficacité du traitement (y compris la définition de l'échec thérapeutique).

La diapositive 23 indique les évaluations recommandées avant traitement.

La diapositive 24 indique les évaluations recommandées en cours de traitement, en fonction du schéma thérapeutique de première intention utilisé.

La diapositive 25 récapitule les examens de laboratoire à effectuer avant traitement et en cours de traitement selon le schéma thérapeutique utilisé aux niveaux périphériques (district et périphérie) du système de santé.

La diapositive 26 recommande les examens à pratiquer en laboratoire aux niveaux 1, 2 et 3 du système de santé.

La diapositive 27 montre que l'utilisation d'une technologie de laboratoire appropriée et l'adoption de méthodes d'examen simples sont vivement encouragées.

La diapositive 28 montre l'impact prévu du traitement antirétroviral sur les paramètres virologiques, immunologiques et cliniques.

La diapositive 29 donne la définition de l'échec thérapeutique d'après l'évaluation clinique et la numération des CD4.

La diapositive 30 explique qu'il faut distinguer l'échec thérapeutique du syndrome de reconstitution immunitaire. Ce syndrome est défini dans cette diapositive.

La diapositive 31 montre la corrélation entre l'observance du traitement et la proportion d'échecs virologiques. On voit ici que l'on ne peut éviter l'échec virologique (et la sélection de souches résistantes) que par un taux d'observance très élevé (>95%).

La diapositive 32 rappelle que la mutation (donnant lieu à des mutants résistants) et la sélection naturelle font partie de la théorie de l'évolution selon Darwin.

La diapositive 33 ajoute des explications sur les mutations qui sont à l'origine de la résistance du VIH.

La diapositive 34 indique que la résistance est un phénomène lié à l'utilisation des médicaments, qui doit être surveillé de la même façon que pour les antituberculeux. La pharmacorésistance est probablement appelée à s'étendre, mais ce n'est pas une raison pour limiter l'accès au traitement antirétroviral. Il est recommandé de surveiller l'émergence de la pharmacorésistance au moyen de réseaux supranationaux ou régionaux de surveillance.

Diapositives 35–42: Identification et prise en charge des effets secondaires

Les diapositives 35–42 indiquent les critères d'identification et de prise en charge de la toxicité des antirétroviraux.

La diapositive 35 récapitule les effets indésirables des différentes catégories d'antirétroviraux et la diapositive 36 les effets spécifiques de chacun d'entre eux.

La diapositive 37 récapitule les principaux effets secondaires des schémas thérapeutiques antirétroviraux de première intention.

Les diapositives 38–42 indiquent comment gérer les principaux effets secondaires des schémas thérapeutiques antirétroviraux de première et de deuxième intention les plus utilisés.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 7 : GESTION DES MEDICAMENTS POUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH/SIDA

Marches à suivre
1. Introduction de l'unité 7 : Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.
2. Présentation correspondant au document 7.1.
3. Exercice du document 7.2.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 7 : Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 7 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 7.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 7.1

Faites la présentation 7.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions sur la gestion des médicaments pour la lutte contre le VIH/SIDA. En voici quelques exemples :

Diapositives 7 et 8 : Quelles sont les principales différences dans la gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA ?
Diapositive 10 : Comment calcule-t-on les quantités de médicaments nécessaires pour le VIH/SIDA ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

- L'achat des médicaments antituberculeux est standardisé.
- A la base, il n'y a besoin que des médicaments antituberculeux et de réactifs simples pour l'examen microscopique des frottis d'expectoration.

- L'achat des médicaments contre le VIH/SIDA est beaucoup moins standardisé.
- Il faut des médicaments curatifs (les antirétroviraux, ainsi que les médicaments pour les infections opportunistes, pour les soins palliatifs, les cancers liés au SIDA et la dépendance aux opioïdes) et du matériel plus sophistiqué pour les diagnostics.

3. Exercice du document 7.2

Demandez aux participants de lire le document 7.2 de leur manuel pour se familiariser avec les méthodes et le but de l'exercice.

Rappelez aux participants de désigner un rapporteur dans chaque groupe et de préparer un bref rapport (sous forme d'une liste de points importants sur un transparent ou, si c'est possible, en présentation PowerPoint) pour la discussion générale.

Trente minutes sont consacrées au travail de groupe sur cet exercice et 30 autres minutes pour en discuter avec l'ensemble des participants.

Apportez-leur votre aide pendant qu'ils travaillent.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, reportez-vous aux activités demandées pour l'exercice dans le document 7.2.

Vous pouvez faire les propositions suivantes :

- Demandez aux participants de décrire comment est organisée chez eux la gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA (au niveau national ou subnational).
- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :
 - La gestion des antituberculeux est standardisée et l'on peut s'appuyer sur l'expérience et les compétences qui existent.
 - La gestion des médicaments contre le VIH/SIDA n'est pas encore standardisée et il faut encore acquérir de l'expérience et des compétences.
 - L'unité 14 évoque une méthode spécifique d'achat des médicaments mise en place au Malawi.
 - Il y a des possibilités de mettre en place des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 7

Document N° 7.1

Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 7 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Cycle de gestion des médicaments

Cette diapositive présente le cycle de gestion des médicaments. La sélection, les achats, la distribution et l'utilisation des médicaments ont besoin d'un appui administratif approprié pour fonctionner. Le cycle entier est régi par les politiques, les réglementations et les lois.

Diapositive 4: Gestion des médicaments

Cette diapositive définit la gestion des médicaments.

Diapositive 5: Les acteurs du cycle de gestion des médicaments

Les divers acteurs (secteur privé, secteur public, partenaires et patients) sont reliés de différentes façons, du niveau international au niveau local.

Diapositive 6: Des schémas thérapeutiques standardisés et un approvisionnement ininterrompu en médicaments sont les principes de base de la stratégie DOTS

Cette diapositive rappelle les principes de base de la stratégie DOTS. Deux d'entre eux (en rouge) concernent la gestion des médicaments.

Diapositive 7: Approvisionnement en médicaments antituberculeux

Cette diapositive énumère les caractéristiques de l'approvisionnement en médicaments antituberculeux.

Diapositive 8: Gestion des fournitures pour le VIH

Cette diapositive énumère les principes de base de la gestion des fournitures pour le VIH.

Diapositive 9: Sélection

Cette diapositive présente les principaux points concernant la sélection des fournitures. La complexité des achats d'antirétroviraux est illustrée par la nécessité de tenir compte du traitement antirétroviral, des médicaments pour les infections opportunistes, des besoins des soins palliatifs, de la dépendance aux opioïdes, et également des médicaments à visée préventive (isoniazide et cotrimoxazole), des kits de diagnostic pour le VIH et du matériel pour la numération des CD4 et la détermination de la charge virale. Les notes soulignent les principales différences entre médicaments antirétroviraux et antituberculeux.

Diapositive 10: Calcul des quantités

Cette diapositive présente les principales questions liées au calcul des quantités à commander. Les notes indiquent pourquoi il est beaucoup plus compliqué de calculer les quantités d'antirétroviraux que les quantités d'antituberculeux.

Diapositive 11: Distribution

Le schéma de distribution est pratiquement le même. Les points spécifiques à examiner en ce qui concerne les antirétroviraux sont la nécessité de disposer d'une

chaîne du froid et d'assurer la sécurité de l'approvisionnement. Il importe aussi d'établir un système de distribution au niveau national qui tienne compte du modèle choisi pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Diapositive 12: Utilisation

Ici aussi, le système d'utilisation est pratiquement le même. Les points spécifiques sont la charge économique que représente la participation au coût des antirétroviraux pour les familles, la nécessité de poursuivre le traitement antirétroviral à vie (motivation permanente et surveillance des effets secondaires) et le manque d'expérience de l'utilisation des antirétroviraux chez l'enfant et des formes pédiatriques.

Diapositive 13: Appels d'offres

Cette diapositive présente les différentes options pour les appels d'offres (ouverte, restreinte et sélective).

Diapositives 14–15: L'accord sur les ADPIC et la déclaration de Doha

Ces diapositives présentent l'accord sur les ADPIC et la déclaration de Doha. Elles se passent d'explications.

Diapositives 16–19: Le service OMS des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS)

Ces diapositives présentent l'AMDS.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 8 : POLITIQUE ACTUELLE CONCERNANT LES ACTIVITES CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH/SIDA

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 8 : Politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.
2. Présentation correspondant au document 8.1.
3. Exercice du document 8.2.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 8 : Politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 8 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 8.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 8.1

Faites la présentation 8.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions relatives à la *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. En voici quelques exemples :

- Diapositive 12 : Que est le but et quels sont les objectifs de cette politique ?
- Diapositive 13 : Combien cette politique prévoit-elle d'activités et quelles sont-elles ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

Il y a 12 activités réparties en trois groupes principaux (A, B et C).

Les activités des groupes B et C ne pourront jamais être mises en place sans l'existence d'un organisme de coordination, de la surveillance, de la planification et du suivi et de l'évaluation (activités du groupe A)

La *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* est le document fondamental pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte. Il permet effectivement de procéder à une mise en place progressive de ces activités.

3. Exercice du document 8.2

Demandez aux participants de lire le document 8.2 de leur manuel pour se familiariser avec les méthodes et le but de l'exercice.

Rappelez aux participants de désigner un rapporteur dans chaque groupe et de préparer un bref rapport (sous forme d'une liste de points importants sur un transparent ou, si c'est possible, en présentation PowerPoint) pour la discussion générale.

Vingt minutes sont consacrées au travail de groupe sur cet exercice et 30 minutes pour en discuter avec l'ensemble des participants.

Apportez-leur votre aide pendant qu'ils travaillent.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, reportez-vous aux activités demandées pour l'exercice dans le document 8.2.

- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :
 - Les pays devraient planifier leurs activités en fonction des seuils décrits dans la diapositive n°17.
 - Tous les pays doivent avoir mis en place leur surveillance.
 - Lorsqu'il faut mettre en œuvre de nouvelles activités, il convient d'établir un organisme de coordination des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH à tous les niveaux.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 8

Document N° 8.1

Politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le SIDA

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 8 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: SIDA et ProTEST : quelques dates

Cette diapositive donne quelques rappels sur le SIDA et l'élaboration de l'initiative ProTEST.

Diapositives 4–7: ProTEST

Ces diapositives présentent l'initiative ProTEST, avec son objectif (diapositive 4), ses interventions (diapositive 5), ses résultats (diapositive 6), et ses enseignements (diapositive 7). L'initiative ProTEST a ouvert la voie aux activités conjointes tuberculose/VIH.

Diapositive 8: Les principes de base des activités conjointes TB/VIH

Cette diapositive indique les principes de base des activités, et montre que la tuberculose n'est pas seulement un élément du problème, mais qu'elle est aussi un élément de la solution.

Diapositive 9: Principes

Cette diapositive présente d'autres principes. Elle se passe d'explications.

Diapositive 10: Séquence de l'élaboration d'une politique conjointe de lutte contre la tuberculose et le VIH

Le document sur la politique actuelle précise ce que les pays doivent faire pour élaborer des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Diapositive 11: Processus de formulation des politiques

Le document est le fruit d'une vaste collaboration entre experts, décideurs, personnes vivant avec le VIH/SIDA, responsables de programmes et donateurs.

Diapositive 12: But et objectifs

Cette diapositive présente le but et les objectifs de la politique actuelle.

Diapositive 13: Les 12 activités

Cette diapositive présente les 12 activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, divisées en trois groupes : A) Mettre en place les mécanismes de collaboration (A1–A4) ; B) Réduire la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (B1–B3) ; C) Réduire la charge du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose (C1–C5).

Diapositives 14–16: Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Les trois groupes d'activités (A, B et C) sont présentés en détail.

Diapositive 17: Seuils de déclenchement des activités conjointes TB/VIH

Les pays sont répartis en trois catégories en fonction de la prévalence nationale ou subnationale du VIH chez l'adulte et de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose. Pour chaque catégorie, des activités conjointes à mener en priorité sont recommandées.

Diapositive 18: Cibles

Cette diapositive présente les cibles pour les différentes catégories de pays.

Diapositives 19–20: Les activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH

Dans la diapositive 19, les programmes tuberculose et VIH sont des programmes verticaux séparés, sans lien entre eux. La diapositive 20 montre quels liens il est possible d'établir, qui feraient de chaque programme un point d'entrée pour les activités préventives et curatives de l'autre.

Diapositive 21: Exemple de structure pour activités conjointes TB/VIH et transferts possibles au niveau du district

Cette diapositive représente de façon schématique les liens possibles entre les divers services de santé au niveau du district.

Diapositive 22: A retenir

Cette diapositive présente des conclusions.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 9 : ENREGISTREMENT ET NOTIFICATION EN VUE DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 9 : Enregistrement et notification en vue de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
2. Présentations correspondant aux documents 9.1 et 9.2.
3. Discussion générale et réponses aux questions.
4. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Instructions pour l'unité 9 : Enregistrement et notification en vue de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 9 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans les documents 9.1 et 9.2 du manuel du participant. Parlez également du document 9.3 (à distribuer) qui présente des formulaires pour la tuberculose et le VIH/SIDA.

2. Présentations correspondant aux documents 9.1 et 9.2

Faites les présentations 9.1 et 9.2. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour ces présentations. Parlez aussi des formulaires du document 9.3 (à distribuer).

Pour rendre les présentations plus vivantes, posez des questions relatives à l'enregistrement et à la notification des cas en vue de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. En voici quelques exemples :

Document 9.1:

diapositive 3 : Quels sont les déterminants de la tuberculose et les définitions de cas ?

Diapositive 4 : Quels sont les documents essentiels pour l'enregistrement et la notification de la tuberculose ?

Document 9.2:

diapositives 6 et 7 : Quelles sont les informations supplémentaires que le système d'enregistrement et de notification du VIH/SIDA doit obtenir ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

Le système d'enregistrement et de notification de la tuberculose est standardisé. Il s'appuie sur un jeu de neuf formulaires allant de TB 01 à TB 09. Deux formulaires complémentaires ont pour but de contrôler la proportion des cas suspects qui font un dépistage de la tuberculose et la proportion de cas à frottis positifs redevenus négatifs après avoir commencé la phase initiale du traitement.

Les formulaires de la tuberculose devraient permettre d'obtenir aussi des informations sur le VIH/SIDA :

- proposition du dépistage du VIH ;
- sujet conseillé et testé ;
- résultat du test, positif ou négatif ;
- administration de cotrimoxazole ;
- sujet adressé à un service de soins du VIH et de soutien ;
- administration d'un traitement antirétroviral pendant ou après le traitement antituberculeux.

Les services du VIH/SIDA ont mis au point des registres pour les patients avant et pendant le traitement antirétroviral.

3. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, vous pouvez faire les propositions suivantes.

- Demandez aux participants si, dans leur pays, au niveau national ou subnational, les formulaires pour la tuberculose permettent déjà de collecter des informations sur le VIH/SIDA et demandez leur de décrire les formulaires pour le VIH/SIDA.
- Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :
 - Les formulaires pour la tuberculose sont standardisés et faciles à utiliser.
 - Les formulaires standards pour la tuberculose ont commencé à être révisés pour enregistrer les activités conjointes contre les deux maladies.
 - Comme les traitements antirétroviraux sont des traitements à vie et qu'il faut collecter davantage d'informations, les formulaires pour le VIH/SIDA sont plus compliqués et plus difficiles à utiliser.
- Rappelez que la méthode simple du Malawi pour l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose et de VIH sera étudiée à l'unité 14.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 9

Document N° 9.1

Enregistrement et notification dans la lutte contre la tuberculose

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la présentation

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la présentation sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Déterminants de la tuberculose et définitions de cas

Le système de définition de cas recommandé par l'OMS est extrêmement simple. Un cas de tuberculose est défini (à gauche) comme extrapulmonaire ou pulmonaire selon la localisation, à frottis positif ou à frottis négatif selon les résultats de l'examen microscopique des expectorations, et grave si certaines conditions sont remplies (voir l'encadré vert : « Gravité »). Sur le côté droit de la diapositive on distingue les nouveaux cas et les cas anciens (voir l'encadré bleu : « Traitement précédent »).

Diapositives 4–5: Documents essentiels pour l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose

Tous les formulaires mentionnés sont disponibles dans l'ensemble des documents essentiels.

L'ensemble comprend neuf formulaires (TB 01–TB 09, diapositive 4). Le document *Management of tuberculosis – training for health facility staff* (Genève, OMS, 2003) mentionne deux formulaires supplémentaires : le registre des cas suspects de tuberculose et le formulaire pour l'évaluation de la négativation des frottis après la phase intensive de traitement. La diapositive 5 répartit les formulaires en trois groupes d'après leur fonction (prise en charge des personnes atteintes de tuberculose, surveillance du programme au niveau national et surveillance du programme au niveau du district).

Diapositive 6: Indicateurs pour l'analyse du dépistage des cas de tuberculose

Cette diapositive les présente en détail.

Diapositive 7: Indicateurs pour l'analyse des résultats du traitement anti-tuberculeux

Cette diapositive les présente en détail.

Diapositive 8: Analyse de cohorte

Cette diapositive présente les principes de l'analyse de cohorte.

Diapositive 9: Résultats attendus d'un bon programme de lutte antituberculeuse

Ils sont expliqués dans cette diapositive.

Diapositives 10–11: Formulaires pour la tuberculose et VIH/SIDA (1 et 2)

La diapositive 10 énumère les renseignements complémentaires à noter dans les formulaires d'enregistrement et de notification concernant la tuberculose pour permettre la collaboration entre activités TB et VIH. La diapositive 11 indique que, plutôt que d'invoquer le problème de la confidentialité comme raison de ne pas collaborer, il serait mieux d'améliorer la confidentialité du registre de la tuberculose (indépendamment du contenu spécifique lié ou non aux informations concernant le VIH).

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de la présentation

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de la présentation sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Les données de suivi du patient répondent à de nombreux besoins

Les données de suivi du patient sont indispensables pour les soins directs, pour la gestion de l'approvisionnement en médicaments et pour les activités de suivi et d'évaluation.

Diapositive 4: Contribution du suivi du patient aux étapes de l'accès universel au traitement antirétroviral

Cette diapositive présente les étapes 9 et 11 de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Ces étapes peuvent être évaluées au moyen des formulaires qui seront présentés ici.

Diapositive 5: L'expérience de la tuberculose...

Cette diapositive montre quels sont les éléments du système d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose qui ont été repris dans le système correspondant pour le VIH/SIDA.

Diapositives 6-7: Registre des soins VIH (pré-traitement antirétroviral) et registre du traitement antirétroviral

Les registres présentés ici doivent être disponibles dans les pays. Le lien entre le registre pré-traitement et le registre de traitement antirétroviral est assuré par cinq paramètres. La diapositive 6 récapitule les données recueillies dans le registre pré-traitement antirétroviral.

La diapositive 7 récapitule les données recueillies dans le registre de traitement antirétroviral et montre celles qui sont utilisées pour le suivi.

Diapositive 8: Définitions codifiées du motif de changement de traitement antirétroviral

Elles sont énumérées dans cette diapositive (codes 1 à 10).

Diapositive 9: Résultats

Ils sont énumérés dans cette diapositive (six résultats).

Diapositive 10: Définitions codifiées du motif de l'arrêt du traitement antirétroviral

Elles sont énumérées dans cette diapositive (codes 1 à 10).

Diapositive 11: Registres de soins pour le VIH

Leur fonction est expliquée dans cette diapositive.

Diapositive 12: Rapport d'analyse de cohorte

Cette diapositive récapitule les indicateurs à calculer (et selon quelle fréquence).

Diapositive 13: Indicateurs facultatifs

Ils sont présentés dans cette diapositive.

Diapositives 14–17: L'expérience du Malawi

La diapositive 15 décrit le système utilisé au Malawi. La fiche de traitement du patient est utilisée pour mettre à jour le registre de l'établissement tous les trois mois. Tous les trois mois également, une analyse de cohorte est réalisée à partir des données du registre. La diapositive 16 montre comment deux types d'analyses sont réalisés,

l'analyse de survie et l'analyse des données cumulatives sur les résultats du traitement. La diapositive 17 montre un exemple de formulaire d'analyse trimestrielle de cohorte de traitement antirétroviral utilisé au Malawi. On considère qu'un nombre de comprimés restants dans le flacon égal ou inférieur à huit correspond à un taux d'observance de 95 %.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 10 : SURVEILLANCE DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 10 : Surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose
2. Présentation correspondant au document 10.1.
3. Exercice du document 10.2.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 10 : Surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 10 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 10.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 10.1

Faites la présentation 10.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions relatives à la surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose. En voici quelques exemples :

Diapositive 5 : Quelles sont les principales méthodes de surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose ?

Diapositives 7–13 : Quels sont les avantages et les inconvénients des principales méthodes ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

Pour surveiller la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose, on connaît principalement trois méthodes :

- le dépistage systématique du VIH chez ces patients ;
- les méthodes sentinelles ;
- les enquêtes périodiques.

La méthode sera retenue en fonction de la catégorie dans laquelle se trouve le pays (I, II ou III) et en tenant compte de ses avantages et de ses inconvénients.

3. Exercice du document 10.2

Demandez aux participants de lire le document 10.2 de leur manuel pour se familiariser avec les méthodes et le but de l'exercice.

Rappelez-leur de lire, dans le rapport sur la Fictitie à l'annexe 1 de leur manuel, les pages indiquées.

Rappelez aux participants de désigner un rapporteur dans chaque groupe et de préparer un bref rapport (sous forme d'une liste de points importants sur un transparent ou, si c'est possible, en présentation PowerPoint) pour la discussion générale.

Trente minutes sont consacrées au travail de groupe sur cet exercice et 30 minutes pour en discuter avec l'ensemble des participants.

Apportez-leur votre aide pendant qu'ils travaillent.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, reportez-vous aux activités demandées pour l'exercice dans le document 10.2.

Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :

- Les pays devraient planifier leurs activités de surveillance en fonction des seuils décrits dans la diapositive 6.
- Tous les pays doivent avoir mis en place leur surveillance.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 10

Document N° 10.1

Surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 10 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Directives pour la surveillance du VIH chez les malades tuberculeux , 2eme edition

Cette diapositive présente les directives. En Afrique subsaharienne, la meilleure option est de réaliser des enquêtes de séroprévalence anonymes non corrélées de l'infection à VIH parmi les personnes atteintes d'une tuberculose nouvellement diagnostiquée.

Diapositive 4: Pourquoi la surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose est-elle importante ?

Les raisons sont indiquées dans cette diapositive, qui se passe d'explications.

Diapositive 5: Méthodes de surveillance

Les trois méthodes de surveillance sont indiquées dans cette diapositive, qui se passe d'explications.

Diapositive 6: Méthodes de surveillance à utiliser dans différents contextes de prévalence du VIH et de la tuberculose

Les méthodes de surveillance recommandées sont présentées par catégories de pays (I, II et III).

Diapositive 7: Méthodes de mesure de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

Cette diapositive décrit les enquêtes périodiques (spéciales), la surveillance sentinelle et les données des soins de routine.

Diapositives 8–9: Enquêtes périodiques (spéciales) (1 et 2)

Les diapositives 8–9 donnent des détails sur les enquêtes périodiques (spéciales) : description, admissibilité, collecte des données, échantillons testés, test VIH, gestion des données, ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients.

Diapositive 10: Questions éthiques dans la surveillance du VIH

Cette diapositive résume les principales questions éthiques.

Diapositive 11: Questions méthodologiques

Cette diapositive donne des détails sur l'utilisation des échantillons d'expectorations pour la surveillance du VIH.

Diapositive 12: Surveillance sentinelle

Cette diapositive donne des détails sur les avantages et les inconvénients de la surveillance sentinelle.

Diapositive 13: Test VIH dans le cadre des soins de routine

Cette diapositive décrit les avantages et les inconvénients du test VIH dans le cadre des soins de routine.

Diapositive 14: Formulaire de collecte de données pour les enquêtes de prévalence du VIH ou la surveillance sentinelle parmi les personnes atteintes de tuberculose

Cette diapositive présente un exemple de formulaire de collecte de données.

Diapositive 15: Questions méthodologiques

Cette diapositive montre le détail des coûts directs et indirects.

Diapositive 16: Les problèmes de la surveillance de la tuberculose et du VIH

Ils sont indiqués dans cette diapositive, qui se passe d'explications.

Diapositive 17: En conclusion

Quelques remarques pour conclure. Cette diapositive se passe d'explications.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 11 : DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 11 : Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
2. Présentation correspondant au document 11.1.
3. Exercice du document 11.2.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 11 : Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 11 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 11.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 11.1

Faites la présentation 11.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions relatives à la surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose. En voici quelques exemples :

Diapositive 7 : Quels sont les objectifs du développement des ressources humaines ?

Diapositives 14–18 : Quelles sont les étapes d'un plan de développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

- les objectifs du développement des ressources humaines pour la mise en œuvre de ces activités ;
- malgré les contraintes actuelles, il y a des stratégies pour les atteindre ;
- l'importance d'un plan structuré de développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA

3. Exercice du document 11.2

Demandez aux participants de lire le document 11.2 de leur manuel pour se familiariser avec les méthodes et le but de l'exercice.

Rappelez-leur de lire, dans le rapport sur la Fictitie à l'annexe 1 de leur manuel, la situation des ressources humaines dans ce pays et de lire le document 11.3 (à distribuer).

Rappelez aux participants de désigner un rapporteur dans chaque groupe et de préparer un bref rapport (sous forme d'une liste de points importants sur un transparent ou, si c'est possible, en présentation PowerPoint) pour la discussion générale.

Trente minutes sont consacrées au travail de groupe sur cet exercice et 30 minutes pour en discuter avec l'ensemble des participants.

Apportez-leur votre aide pendant qu'ils travaillent.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, reportez-vous aux activités demandées pour l'exercice dans le document 11.2.

Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :

- Les pays doivent s'efforcer de combler les lacunes au niveau des ressources humaines.
- Le plan de développement des ressources humaines est un élément essentiel du plan général de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 11

Document N° 11.1

Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 11 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Développement des ressources humaines – de quoi s'agit-il ?

Le développement des ressources humaines pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH est souvent perçu comme synonyme de formation. Cette diapositive donne une définition complète.

Diapositive 4: Une vision du développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH

« Si nous ne savons pas où nous allons, nous pouvons fort bien nous retrouver autre part sans même le savoir » Cette diapositive présente une vision à long terme du développement des ressources humaines. Cette vision illustre le fait que le développement des ressources humaines est une activité à long terme qui ne peut jamais être considérée comme achevée, car les politiques et les stratégies évoluent sans cesse.

Diapositives 5–6: Mise en œuvre

Ces diapositives montrent comment les nouvelles et les anciennes politiques et interventions se retrouvent au niveau de la mise en œuvre et influent sur la charge de travail du personnel de santé, qui est souvent déjà débordé. Il s'agit d'un des aspects essentiels dont il faut tenir compte lors de la planification des activités conjointes tuberculose/VIH car il a souvent des répercussions considérables sur la charge de travail.

Diapositive 7: Objectifs de la composante développement des ressources humaines du plan d'activités conjointes TB/VIH

Les objectifs du développement des ressources humaines découlent directement de la vision décrite dans la diapositive 4.

Diapositives 8–11: Contraintes du développement des ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH

Cette série de diapositives donne des exemples des contraintes qui pèsent sur le développement des ressources humaines : contraintes liées à la qualité (formation et compétence) et contraintes liées à la quantité (dotation en personnel et motivation).

Diapositive 12: Performances

Même des programmes de formation de la meilleure qualité, qui permettent aux participants d'être compétents dès la fin du cours ou du stage ne signifient pas que la personne utilisera ces compétences comme prévu, c'est-à-dire pour fournir un travail correct. De nombreux facteurs influent sur les performances ; cette diapositive en montre quelques-uns et la façon dont ils sont liés.

Diapositive 13: Stratégies de base pour que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH/SIDA atteignent leur objectif en matières de ressources humaines

Cette diapositive décrit de façon générale les stratégies à mettre en œuvre pour réaliser la vision et atteindre les objectifs du développement des ressources humaines que nous avons vus dans les diapositives 4 et 7. Les stratégies s'appliquent à tous les pays, quel que soit leur niveau de développement. Ce sont les activités spécifiques qui différeront selon les interventions choisies dans chaque pays dans le cadre des activités conjointes TB/VIH.

Diapositives 14–18: Plan de développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH (1–5)

Cette série de diapositives décrit un processus par étapes qui devra être suivi pour préparer et appliquer le plan de développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH. Les activités de développement des ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH font partie du plan général de développement des ressources humaines pour la lutte contre la tuberculose et/ou la prévention et les soins du VIH/SIDA et ne constituent pas un plan séparé. De plus, tout plan doit être un plan évolutif, qui devra être réévalué et dont les activités devront être modifiées à mesure de l'avancement de sa mise en œuvre.

Diapositive 19: Conclusion

Cette dernière diapositive insiste sur la perspective à long terme du développement des ressources humaines et sur la nécessité d'une collaboration à la fois avec le ministère de la santé et avec les autres ministères impliqués dans les divers aspects du développement des ressources humaines.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 12 : SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 12 : Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
2. Présentation correspondant au document 12.1.
3. Exercice du document 12.2.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 12 : Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 12 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 12.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 12.1

Faites la présentation 12.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante, posez des questions relatives au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. En voici quelques exemples :

Diapositive 3 : Quelles sont les principales raisons pour suivre et évaluer la mise en œuvre des activités conjointes ?

Diapositives 12 et 13 : Quelles sont les différences entre suivi et évaluation ?

Diapositive 14 : Quels sont les indicateurs que vous connaissez et qui peuvent être utilisés pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes ?

Les points importants à traiter sont les suivants :

Les indicateurs proposés couvrent les trois principaux groupes d'activités décrites dans *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* (A, B et C). Il existe un groupe d'indicateurs supplémentaires pour évaluer l'engagement politique, la création de partenariats et la capacité de mobilisation des ressources financières.

3. Exercice du document 12.2

Demandez aux participants de lire le document 12.2 de leur manuel pour se familiariser avec les méthodes et le but de l'exercice.

Rappelez-leur de lire les quatre indicateurs retenus dans *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities* (Genève, OMS, 2004), un dans chaque section, de A à D.

Rappelez aux participants de désigner un rapporteur dans chaque groupe et de préparer un bref rapport (sous forme d'une liste de points importants sur un transparent ou, si c'est possible, en présentation PowerPoint) pour la discussion générale.

Trente minutes sont consacrées au travail de groupe sur cet exercice et 30 minutes pour en discuter avec l'ensemble des participants.

Apportez-leur votre aide pendant qu'ils travaillent.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, reportez-vous aux activités demandées pour l'exercice dans le document 12.2.

Insistez sur les points ci-dessous et demandez aux participants ce qu'ils en pensent :

- Le suivi et l'évaluation sont des activités essentielles.
- Le document *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities* donne toutes les informations nécessaires pour planifier et mettre en œuvre le suivi et l'évaluation.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 12

Document N° 12.1

Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 12 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositives 3–4: Définitions du suivi et de l'évaluation

Le suivi et l'évaluation sont expliqués en détail dans les diapositives 3 (suivi) et 4 (évaluation). Ces diapositives se passent d'explications.

Diapositive 5: Pourquoi le suivi et l'évaluation ?

Cette diapositive explique pourquoi il faut procéder au suivi et à l'évaluation (elle se passe d'explications).

Diapositive 6: Documents clés

Cette diapositive montre comment les deux documents clés des activités TB/VIH sont liés : *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities* est dérivé de *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*.

Diapositive 7: Etapes de l'établissement d'un plan de suivi et d'évaluation

Cette diapositive se passe d'explications. Chaque étape sera examinée en détail.

Diapositive 8: Suivre la progression

Cette diapositive présente de façon schématique le cycle d'évaluation et de planification, depuis l'apport jusqu'à l'impact.

Diapositive 9: But et objectifs

Cette diapositive se passe d'explications.

Diapositive 10: Etapes de l'établissement d'un plan de suivi et d'évaluation

Cette diapositive présente la deuxième étape. Après avoir identifié les buts, il faut élaborer un cadre de suivi et d'évaluation (diapositive 11).

Diapositive 11: Cadre de suivi et d'évaluation

Cette diapositive se passe d'explications.

Diapositives 12–14: Etapes de l'établissement d'un plan de suivi et d'évaluation

La troisième étape (diapositive 12) consiste à définir et choisir les indicateurs appropriés. La diapositive 13 énumère les 12 activités de collaboration d'après le document *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*.

La diapositive 14 reprend les catégories d'indicateurs identifiés. En plus des indicateurs dérivés des 12 activités de collaboration TB/VIH, un groupe supplémentaire d'indicateurs est destiné à évaluer l'engagement politique, le développement de partenariats et la capacité de mobiliser des ressources financières.

Diapositive 15: Indicateurs pour le suivi et l'évaluation des activités conjointes TB/VIH

Sur 20 indicateurs, 8 sont fondamentaux.

Diapositive 16: Indicateurs : description

Les caractéristiques générales de chaque indicateur sont énumérées dans cette diapositive.

Diapositives 17–27: Indicateurs A.2.1, B.1.1, B.1.2, B.2.1, C.1.1, C.1.2, C.3.1 et C.5.1

Ces diapositives présentent les 8 indicateurs fondamentaux spécifiés dans *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Les diapositives 22–27 présentent en détail l'indicateur fondamental sur le traitement antirétroviral.

L'indicateur est défini, le numérateur et le dénominateur sont précisés et les différentes caractéristiques (objet, méthodes, périodicité, intérêt et limites, importance, responsabilité et outils de mesure) sont présentées en détail.

Diapositives 28–32: Etapes générales et étapes spécifiques de l'OMS

Ces diapositives présentent en détail les grandes étapes de la généralisation du traitement antirétroviral (apport et processus, retombées et résultats et impact) et les étapes spécifiques de l'OMS (niveau de suivi et d'évaluation, description de l'étape et outil de collecte des données).

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 13 : DETERMINATION DES COUTS ET ETABLISSEMENT DU BUDGET POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 13 : Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
2. Présentation correspondant au document 13.1.
3. Exercice des documents 13.2 et 13.3.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 13 : Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 13 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 13.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 13.1

Faites la présentation 13.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Cette présentation est courte et conçue pour introduire l'exercice. Les points importants à traiter sont les suivants :

- En général, les administrateurs n'aiment pas calculer les dépenses et établir les budgets.
- Il est essentiel d'avoir un budget bien préparé pour pouvoir exécuter un plan d'activités.

- L'insuffisance des plans est l'un des principaux motifs de rejet des propositions par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

3. Exercice des documents 13.2 et 13.3

Demandez aux participants de lire les documents 13.2 et 13.3 de leur manuel pour se familiariser avec les méthodes et le but de l'exercice.

Rappelez aux participants de désigner un rapporteur dans chaque groupe et de préparer un bref rapport (sous forme d'une liste de points importants sur un transparent ou, si c'est possible, en présentation PowerPoint) pour la discussion générale.

Au total 120 minutes sont consacrées au travail de groupe sur cet exercice et 30 minutes pour en discuter avec l'ensemble des participants.

Apportez-leur votre aide pendant qu'ils travaillent.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, reportez-vous aux activités demandées pour l'exercice dans le document 13.3.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 13

Document N° 13.1

Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 13 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Proposition pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (projet)

Les quatre objectifs généraux de la proposition du programme national de lutte contre la tuberculose pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont présentés ; ce sont les informations de base pour l'exercice (en relation avec les objectifs d'apprentissage de l'Unité).

Diapositive 4: Points forts de la composante Tuberculose de la proposition

Cette diapositive décrit les quatre points forts de la proposition. La présence d'activités conjointes TB/VIH est le premier d'entre eux.

Diapositive 5: Travail de groupe

Cette diapositive récapitule le travail que chaque groupe devra effectuer. Ces explications s'ajoutent à celles qui figurent dans le document 13.2 (Présentation de l'exercice pour l'Unité 13).

Diapositives 6–9: Activités pour chaque groupe

Chaque groupe est chargé d'une activité principale figurant dans le budget. Le budget sera guidé par le Document 13.2 (fichier Excel), qui contient un projet de budget pré-préparé que le groupe devra vérifier et compléter. Le budget fera l'objet d'une discussion générale.

Diapositives 10–11: Exemples de budgets à compléter

Ces diapositives montrent un exemple de projet de budget à compléter, comme celui qu'on trouvera dans le Document 13.2 (fichier Excel).

Diapositive 12: Exemple de plan de travail du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour les activités conjointes TB/VIH

Cette diapositive montre un exemple de plan de travail du Fonds mondial pour les activités conjointes TB/VIH (Objectif 2, développer des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH). Le plan indique, pour chaque trimestre, le responsable, les étapes ou indicateurs et le budget. Ce plan est préparé selon le même modèle que celui qui est recommandé aux participants pour préparer leur propre plan.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 14 : ETUDE DE CAS SUR LA FOURNITURE DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH/SIDA – L'EXEMPLE DU MALAWI

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 14 : Etude de cas sur la fourniture des services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA – l'exemple du Malawi.
2. Présentation correspondant au document 14.1.
3. Discussion générale et réponses aux questions.
4. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 14 : Etude de cas sur la fourniture des services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA – l'exemple du Malawi

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 14 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez que les diapositives pour cette unité sont présentées dans le document 14.1 du manuel du participant.

2. Présentation correspondant au document 14.1

Faites la présentation 14.1. Vous trouverez à la fin de l'unité les notes pour cette présentation.

Pour rendre la présentation plus vivante posez des questions sur les sujets déjà abordés lors de l'étude de :

- la *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* (par exemple la collaboration entre les services s'occupant de la tuberculose et du VIH/SIDA) ;
- l'expérience du Malawi (gestion des médicaments, enregistrement et notifications des cas par exemple) ;

Les points importants à traiter sont les suivants :

- Dans quelle mesure peut-on appliquer l'expérience du Malawi dans d'autres situations ?
- Quel effet a la politique de gratuité des antirétroviraux, adoptée par le Malawi, sur les résultats ?

3. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, vous pouvez faire les propositions suivantes.

- Demandez aux participants de comparer l'expérience du Malawi à celle de leur pays.
- Demandez aux participants d'étudier comment on peut s'assurer que les services pour la tuberculose et le VIH ouvrent la voie aux activités conjointes de lutte contre les deux maladies.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

4. Synthèse

Notes pour les diapositives de l'Unité 14

Document N° 14.1

Etude de cas sur la fourniture de services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA – l'exemple du Malawi

Diapositive 1: Titre

Diapositive 2: Objectifs de l'unité

Cette diapositive se passe d'explications. Les objectifs de l'Unité 14 sont mentionnés comme indiqué dans le manuel du participant.

Diapositive 3: Le traitement antirétroviral peut-il être généralisé ?

Cette diapositive résume les facteurs positifs et les contraintes de la généralisation du traitement antirétroviral. Même si de nouvelles possibilités prennent forme, le manque de ressources humaines et l'insuffisance de l'infrastructure du système de santé et des capacités de suivi empêchent une généralisation rapide du traitement antirétroviral.

Diapositive 4: Le « modèle médicalisé » en Afrique

Le rôle central des médecins dans la dispensation du traitement antirétroviral et la complexité du système proposé (schémas thérapeutiques compliqués, surveillance biologique compliquée et système compliqué d'enregistrement et de notification) sont des obstacles à la généralisation rapide et massive du traitement. La stratégie doit être simple.

Diapositive 5: La structure de la lutte antituberculeuse est le modèle à suivre

Le modèle utilisé pour la lutte antituberculeuse est simple et standardisé, et il peut être géré par du personnel non médical. Les médicaments sont gratuits pour les patients.

Diapositive 6: De la politique à la pratique : le cas du Malawi

Diapositives 7–8: Dépistage standardisé en vue du traitement antirétroviral

Au Malawi, le modèle est simple. Les critères d'admissibilité sont : test VIH positif et maladie de stade clinique OMS III ou IV. La numération des CD4 n'est utilisée qu'en cas de besoin (diapositive 7). En une semaine, les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont classées selon le stade clinique et bénéficient d'une séance de conseil collectif et d'un conseil individuel (diapositive 8).

Diapositive 9: Traitement antirétroviral standardisé

Cette diapositive présente les schémas thérapeutiques de première intention, de première intention de remplacement et de deuxième intention utilisés au Malawi.

Diapositive 10: Un seul traitement antirétroviral de première intention pour la généralisation à l'échelle du pays au Malawi

Cette diapositive souligne l'importance de l'utilisation d'un seul schéma thérapeutique sous forme d'association fixe. La plupart des patients traités n'ont pas de problèmes avec ce traitement.

Diapositive 11: Promotion de l'observance

Le recours à des « tuteurs », inspiré de ce qui se fait pour la tuberculose, a été adopté au Malawi pour favoriser l'observance du traitement antirétroviral.

Diapositive 12: Enregistrement et notification standardisés

L'enregistrement est aussi le plus simple possible au Malawi.

Diapositive 13: Outils de suivi empruntés au modèle de la lutte antituberculeuse

Cette diapositive énumère les outils de suivi empruntés au modèle de la tuberculose.

Diapositive 14: De la fiche de traitement à l'analyse de cohorte

Cette diapositive a déjà été présentée dans l'Unité 9 (Document 9.2). La fiche de traitement du patient est utilisée pour mettre à jour le registre de l'établissement tous les trois mois. Tous les trois mois également, une analyse de cohorte est réalisée d'après les données du registre.

Diapositive 15: Détails de l'enregistrement

Alors qu'un nouveau code est créé chaque année dans le programme de lutte antituberculeuse, les numéros d'enregistrement dans le programme VIH/SIDA se suivent indéfiniment.

Diapositive 16: Résultats standardisés

Cette diapositive compare les résultats utilisés pour les analyses de cohorte portant sur la tuberculose et sur le VIH/SIDA au Malawi. Le critère « En vie et sous traitement antirétroviral » équivaut au critère « Guéri ». L'arrêt du traitement pour une raison quelconque (autre que l'abandon) est un critère utilisé pour le VIH/SIDA. Au Malawi, le critère d'échec n'est pas utilisé pour le VIH/SIDA.

Diapositives 17–25: Formulaires d'enregistrement et de notification et principes de l'analyse de cohorte

La diapositive 17 présente une fiche de traitement antirétroviral. La diapositive 18 montre une fiche patient pour le traitement antirétroviral. Les diapositives 20–21 montrent deux pages du registre de traitement antirétroviral. La diapositive 22 montre les formulaires utilisés pour l'analyse trimestrielle de cohorte. Les principes de l'analyse de cohorte pour le VIH/SIDA sont exposés dans les diapositives 23–25. La diapositive 25 récapitule en particulier les résultats cumulés des personnes ayant commencé un traitement antirétroviral.

Diapositive 26: Procédures standardisées d'achat de médicaments pour le traitement antirétroviral

Pour simplifier les procédures d'achat de médicaments au Malawi, les services sont classés en fonction du nombre de cas.

Diapositive 27: Pour le patient individuel recevant le traitement antirétroviral

Il existe un paquet pour début de traitement et un paquet pour continuation du traitement.

Diapositive 28: Service avec charge faible : paquets d'antirétroviraux pour 75 personnes pendant 3 mois

Cette diapositive donne l'exemple d'un service avec charge faible.

Diapositive 29: Calcul des besoins en antirétroviraux pour les 56 établissements publics de santé au Malawi

Cette diapositive montre comment le système fonctionne à l'échelle nationale.

Diapositive 30: Personnel assurant les services dans les dispensaires

Cette diapositive compare le personnel disponible pour la tuberculose et pour le VIH/SIDA (dispensation du traitement antirétroviral).

Diapositives 31–33: Les antirétroviraux doivent-ils être à la charge du patient (1–3)?

L'expérience du Malawi plaide fortement en faveur de la dispensation gratuite des antirétroviraux aux patients.

Diapositive 34: Conclusions

Cette diapositive propose quelques conclusions finales et vise à encourager la discussion.

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 15 :
VISITE D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE LOCAL
FOURNISSANT DES SERVICES DE PREVENTION,
DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DE LA
TUBERCULOSE ET DU VIH/SIDA

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 15 : Visite d'un établissement de santé local fournissant des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose et du VIH/SIDA.
2. Présentation de l'établissement retenu ; liste de contrôle (document 15.1).
3. Visite de l'établissement.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 15 : Visite d'un établissement de santé local fournissant des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose et du VIH/SIDA

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 15 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

2. Présentation de l'établissement retenu ; liste de contrôle (document 15.1)

Donnez des informations générales sur l'établissement. Décrivez les services de diagnostic et de traitement que vous allez visiter, ainsi que les détails pratiques pour l'organisation de la visite.

Si cela est possible, l'idéal est de former deux groupes de 7 à 8 participants qui visiteront les unités dans un ordre différent. Il est recommandé d'interviewer un ou deux patients lorsque c'est faisable. Le document 15.1 (liste de contrôle) donne des instructions pour planifier la visite sur le terrain.

3. Visite de l'établissement

Faites la visite sur le terrain comme elle a été prévue. Les participants se serviront du document 15.1 (liste de contrôle) pour s'orienter. La discussion générale s'articulera sur les observations faites lors de cette visite.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Pour animer la discussion, vous pouvez proposer :

- de suivre l'ordre de la liste de contrôle (document 15.1) ;
- d'étudier l'organisation des services dans l'établissement de santé visité et de dessiner le diagramme de l'organisation des soins ;
- de comparer les observations faites pendant la visite avec :
 - un pays modèle (le Malawi)
 - la situation existant chez les participants.

Pour conclure, assurez-vous que les participants ont bien compris ce qu'ils doivent inclure à ce sujet dans le plan pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH qu'ils doivent présenter à la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 16 :

FINALISATION INDIVIDUELLE DES PLANS DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 16 : Finalisation individuelle des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
2. Travail individuel des participants.
3. Réponses aux questions ; encadrement des participants pour la finalisation de leur plan.
4. Collecte des plans.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 16 : Finalisation individuelle des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 16 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Expliquez-leur que les plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH doivent avoir été finalisés à la fin de l'unité.

Expliquez-leur que vous êtes à leur disposition pour répondre aux questions individuelles et pour les encadrer dans la préparation du plan.

2. Travail individuel des participants

Informez les participants qu'ils ont trois heures pour finaliser leurs plans.

Pendant qu'ils travaillent, observez les projets en préparation. Cela vous permettra, le cas échéant, de sélectionner deux participants pour qu'ils présentent leur plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH lors de la discussion générale (voir unité 17).

3. Réponses aux questions ; encadrement des participants pour la finalisation de leur plan

Soyez disponible pour répondre aux questions des participants et les encadrer dans leur travail.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

4. Collecte des plans

Le directeur du cours collecte les plans finalisés. Dans la mesure du possible, il est recommandé de les lui remettre en version électronique.

5. Synthèse

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 17 : DISCUSSION DES PLANS DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES CONJOINTES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 17 : Discussion des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
2. Sélection de deux participants pour la présentation de leurs plans.
3. Présentation des plans par les deux participants retenus.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 17 : Discussion des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 17 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Informez-les que deux d'entre eux seront sélectionnés pour présenter leur plan.

Rappelez-leur que le fait de discuter des plans retenus ne sera en aucune manière une critique de leur travail. Au contraire, ce sera pour eux l'occasion de repérer les forces et les faiblesses de leur projet pour l'améliorer encore par la suite.

2. Sélection de deux participants pour la présentation de leurs plans

En vous basant sur votre connaissance de l'aptitude des participants à préparer un plan et votre observation des projets au cours de la phase de finalisation (unité 16), sélectionnez deux des participants.

3. Présentation des plans par les deux participants retenus

Demandez aux participants retenus de présenter leurs plans avec des transparents ou, dans la mesure du possible, à l'aide de PowerPoint (plans sous format électronique).

Rappelez aux participants qu'ils ont le droit d'interrompre la présentation pour poser des questions ou faire des commentaires.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Animez la discussion sur le plan présenté.

Il est possible d'en discuter en se basant sur les critères qui seront utilisés pour son évaluation (document 17.1) :

- cadre décrivant clairement le contexte des activités proposées ;
- buts, objectifs et cibles clairement énoncés ;
- activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH correspondant au contexte décrit et au document *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* ;
- indicateurs pour chaque activité envisagée ;
- informations suivantes pour chaque activité inscrite dans le plan : personne ou organisme responsable, description de l'activité, produit de celle-ci et budget trimestriel ;
- plan construit selon un cheminement logique et tenant compte des points présentés pendant le cours.

Informez les participants que des commentaires écrits sur leur plan leur seront envoyés dans les deux semaines suivant la fin du cours.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

INSTRUCTIONS POUR L'UNITE 18 : EVALUATION DU COURS

Marche à suivre
1. Introduction de l'unité 18 : Evaluation du cours.
2. Collecte des formulaires d'évaluation, document 1.2/18.1.
4. Discussion générale et réponses aux questions.
5. Synthèse.

Les instructions pour chacune de ces étapes se trouvent dans les pages suivantes.

1. Introduction de l'unité 18 : Evaluation du cours

Demandez aux participants de lire la première page de l'unité 18 dans leur manuel pour se familiariser avec les objectifs et le contenu de cette unité.

Rappelez-leur qu'après avoir ramassé les formulaires d'évaluation (document 1.2/18.1) aura lieu une discussion pour évaluer si les objectifs du cours ont bien été atteints.

Demandez aux participants de remplir le formulaire d'évaluation (document 1.2/18.1)

Donnez dix minutes aux participants pour remplir le formulaire d'évaluation (document 1.2/18.1).

Munissez-vous de quelques exemplaires de ce formulaire au cas où un participant aurait perdu celui qui lui a été donné dans le manuel du participant.

2. Collecte des formulaires d'évaluation, document 1.2/18.1

Ramassez les formulaires d'évaluation, document 1.2/18.1.

4. Discussion générale et réponses aux questions

Demandez aux participants de faire une synthèse orale de leurs opinions sur le cours en s'intéressant plus particulièrement aux questions suivantes :

- Les objectifs d'apprentissage du cours ont-ils été atteints ?
- Quels ont été les points forts du cours ?
- Quels ont été ses points faibles ?
- Comment peut-on l'améliorer ?

Prenez note des observations des participants. Celles-ci pourront s'avérer utiles pour améliorer le cours à l'avenir.

Pour d'autres suggestions, reportez-vous aux instructions générales.

5. Synthèse

