

# Unité 11: Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

---

## Objectifs

---

A la fin de cette unité, les participants seront capables :

- 1) de décrire le but général du développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH et les stratégies visant à atteindre ce but et maintenir les acquis ;
  - 2) de décrire les éléments d'un plan de développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH ;
  - 3) d'identifier les priorités et de proposer des solutions pour renforcer le développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH en Fictitie.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Exercice

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 11.1: Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (diapositives)

Document 11.2: Exercice

Document 11.3: Ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH : formation et dotation en personnel (distribué pendant le cours)

Document 11.4: *Management of tuberculosis – training for health facility staff (10)*

---

# Document 11.1:

## Développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH Document 11.1



### Gestion des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH: cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux

1

## Objectifs de l'unité

- Décrire le but général du développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH et les stratégies visant à atteindre ce but et maintenir les acquis
- Décrire les éléments d'un plan de développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH
- Identifier les priorités et proposer des solutions pour renforcer le développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH en Fictitie

2

## 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 une tâche de grande ampleur qui comprend non seulement l'organisation de cours de formation spécifiques mais aussi la gestion globale de la formation et des autres activités concernant le développement des ressources humaines.

Il s'agit d'assurer qu'il existe à tous les niveaux des effectifs suffisants de toutes les catégories de personnel clinique et administratif impliquées dans la prise en charge complète de la tuberculose et dans la prévention et les soins du VIH/SIDA pour atteindre un but spécifique à long terme, à savoir des compétences professionnelles pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

3

## Une vision du développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH

*Un monde dans lequel les systèmes de santé, publics et privés, ont un personnel suffisant, possédant les compétences professionnelles requises, et les systèmes d'appui nécessaires pour motiver le personnel à utiliser ses compétences pour offrir des services préventifs et curatifs de qualité dans le cadre de soins complets contre la tuberculose et le VIH destinés à la population tout entière en fonction de ses besoins*

4

Politiques globales  
Stratégies  
Directives  
Donateurs  
Partenaires techniques  
Sensibilisation

Programme de lutte contre la tuberculose

Programme de lutte contre le VIH/SIDA

Autre programme prioritaire

Autre programme prioritaire

Personnel compétent à tous les niveaux pour mettre en oeuvre les activités des programmes

MISE EN OEUVRE

5

## Développement des ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH

- Il n'est pas possible d'ajouter simplement les activités conjointes TB/VIH aux responsabilités du personnel déjà chargé de la mise en oeuvre de la stratégie DOTS et des activités de prévention et de soins pour le VIH/SIDA.
- Dans de nombreux cas, il faudra du personnel supplémentaire, possédant les compétences requises, pour gérer les activités conjointes TB/VIH au niveau central et aux autres niveaux.

6

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

- Assurer que tout le personnel participant aux programmes (à tous les niveaux des services, dans le secteur public et dans le secteur privé) est compétent (connaissances, compétences et attitudes) et motivé
- Assurer qu'il y a suffisamment de personnel (clinique et administratif) à tous les niveaux pour mettre en oeuvre le plan sans nuire aux autres activités du programme national de lutte contre la tuberculose ou du programme national de lutte contre le VIH/SIDA

7

### Contraintes du développement des ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH

- Formation et compétence (qualité) des personnels existants
- Dotation en personnel et motivation (quantité et disponibilité)
  - Déséquilibres
  - Manques

8

### Contraintes: formation et compétence du personnel

- Insuffisance des compétences du personnel existant
  - De nombreux personnels impliqués dans la lutte antituberculeuse ou la prévention et les soins du VIH/SIDA n'ont pas reçu une formation complète
  - Formation insuffisante (formation en cours d'emploi): absence d'objectifs d'apprentissage mesurables, de matériel de formation, durée insuffisante, utilisation insuffisante de méthodes de formation appropriées et absence d'évaluation de l'apprentissage
  - Les formateurs et les responsables supposent que tout ce qui est enseigné est retenu et conduira à un travail de qualité
  - Absence de prise en compte d'autres facteurs influant sur les changements de comportement des personnels de santé

9

### Contraintes: dotation en personnel et motivation

- Déséquilibres des ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH
  - Au niveau des effectifs totaux
  - Au niveau de la répartition
  - Entre zones urbaines et zones rurales
  - Au niveau des compétences ou de leur répartition (type ou niveau de formation ne correspondant pas aux compétences requises pour le système de santé ou le poste)
- Pénurie de ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH

10

### Contraintes: dotation en personnel et motivation

- Demande accrue sur le personnel existant – pas seulement du fait des programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA
  - Impact du VIH/SIDA parmi les membres du personnel
  - Faible fidélisation du personnel
  - Faible motivation du personnel
  - Sous-qualification (formation insuffisante et peu fréquente)
  - Absence de soutien et de supervision
  - Environnement de travail médiocre
  - Pas de plans de carrière
  - Salaire insuffisant
  - Surcharge de travail
  - Moral bas
  - Personnel malade ou ayant des malades dans sa famille
  - Nombre de postes insuffisant
  - Exode des compétences
  - Taux de rotation élevé

11

### Performances

**Facteurs influençant la compétence:**  
 Descriptions de poste  
 Formation de base  
 Formation en cours d'emploi  
 Supervision  
 Expérience



**Facteurs influençant la motivation:**  
 Reconnaissance  
 Amour du travail  
 Plan de carrière  
 Résultats visibles  
 Considération sociale

**Facteurs de fidélisation du personnel:**  
 Salaires, supervision, conditions de travail, charge de travail correcte, etc.

12

**Stratégies de base pour que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH/SIDA atteignent leur objectif en matière de ressources humaines**

- **Organiser la formation en cours d'emploi (personnel clinique et administratif)**
  - Formation initiale sur les bases de la mise en oeuvre du DOTS et des activités de prévention et de soins concernant le VIH/SIDA:
    - Nouvelle formation (problèmes majeurs dont la résolution nécessite davantage de temps qu'une simple visite de supervision, par exemple un cours de formation officiel)
    - Formation sur le tas (remise à niveau: petits problèmes qui peuvent être résolus par une visite de supervision)
  - Formation continue (pour acquérir de nouvelles connaissances et compétences et non pas refaire la même formation, pratiquer les compétences requises pour des cas rares)
  - Formation initiale sur de nouvelles compétences (activités conjointes TB/VIH, Practical Approach to Lung Health (PAL) etc.)
- **Suivre et superviser:**
  - pour détecter les insuffisances
  - pour identifier les nouveaux membres du personnel ayant besoin d'une formation
  - pour identifier les besoins en personnel supplémentaire
- **Assurer la coordination et la collaboration avec:**
  - les autres programmes de formation en cours d'emploi
  - la direction du système de santé et les ressources humaines pour les départements de la santé relevant du ministère de la santé
- **Renforcer la formation avant emploi (formation de base)**

13

**Plan de développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH (1)**

- Désigner un point focal pour le développement des ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH soit dans le programme national de lutte contre la tuberculose soit dans le programme national de lutte contre le VIH/SIDA (ce sera normalement le point focal pour le développement global des ressources humaines pour les deux programmes).
- Evaluer les besoins en ressources humaines des activités conjointes TB/VIH et les répercussions sur le personnel existant (clinique – y compris DOT et prévention et soins TB/VIH; administratif; de laboratoire; pharmaceutique).
  - Définir les tâches à accomplir à chaque niveau du système pour mettre en oeuvre les activités conjointes TB/VIH.
  - Assigner des tâches aux diverses catégories de personnel de santé.
  - Evaluer le temps nécessaire pour accomplir ces tâches, surtout au niveau périphérique (où les variations du nombre et du type de cas diagnostiqués et traités ont le plus d'impact sur la charge de travail).
  - Evaluer le nombre de personnes nécessaire dans chaque catégorie de personnel pour maintenir le niveau de service actuel en incluant les activités conjointes TB/VIH

14

**Plan de développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH (2)**

- Evaluer la situation actuelle des ressources humaines pour le programme national de lutte contre la tuberculose, le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et le système de santé et déterminer l'effectif du personnel de chaque catégorie disponible en tout temps.
- Identifier les lacunes des ressources humaines en termes de nombre de personnes nécessaires (augmentation des effectifs, nouveaux rôles et responsabilités – par exemple en tant que coordinateur des activités conjointes TB/VIH) et de qualité du personnel (compétences et connaissances supplémentaires requises) pour mettre en oeuvre les activités.

15

**Plan de développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH (3)**

- Préparer des plans à court terme et à moyen terme, y compris sur la façon d'assurer et de préparer un personnel suffisant et sur la façon de mettre en oeuvre les programmes de formation basés sur l'analyse des tâches.
- Envisager:
  - Formation en cours d'emploi (personnel clinique et administratif)
    - Formation initiale sur la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH
    - Nouvelle formation (problèmes majeurs dont la résolution nécessite davantage de temps qu'une visite de supervision, par exemple un cours de formation officiel)
    - Formation sur le tas (remise à niveau: petits problèmes qui peuvent être résolus par une visite de supervision)
    - Formation continue (pour acquérir de nouvelles connaissances et compétences et non pas refaire la même formation)

16

**Plan de développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH (4)**

- Coordination avec les autres programmes de formation en cours d'emploi, les établissements de formation et les départements des ressources humaines (en particulier mesures destinées à retenir le personnel qualifié et interventions visant à réduire la rotation inutile du personnel; et appui aux plans de carrière)
- Formation avant emploi (formation de base aux compétences requises avant l'entrée en fonctions).

17

**Plan de développement des ressources humaines pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH (5)**

- Assurer le suivi et la supervision:
  - pour détecter les insuffisances du personnel nouvellement formé
  - pour identifier les nouveaux membres du personnel ayant besoin d'une formation (besoins accrus en personnel ou postes vacants).
- Assurer la mise en oeuvre du plan en temps utile et le suivi régulier de cette mise en oeuvre.
- Evaluer à intervalles réguliers la mise en oeuvre du plan et faire les ajustements nécessaires.

18

**Conclusion**

- Le fait de disposer d'un personnel compétent pour les activités conjointes TB/VIH doit être envisagé et géré dans la perspective plus générale de la gestion des ressources humaines dans le but d'améliorer les performances.
- Cette perspective rapproche les deux secteurs de la santé et de l'éducation pour atteindre trois des objectifs fondamentaux du développement des ressources humaines – compétence, couverture et motivation.
- Le développement des ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH est une tâche sans fin – à mesure que les programmes TB et VIH/SIDA améliorent leurs performances, le développement des ressources humaines devient plus complexe.
- Le développement des ressources humaines exige une gestion sur le long terme.

19

## Document 11.2:

# Présentation de l'exercice pour l'Unité 11

Pour cet exercice, votre facilitateur répartira les participants en groupes de trois. Le but de l'exercice est d'analyser la situation du développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH en Fictitie, d'identifier les lacunes et de proposer des activités correctrices.

- Retrouvez les points concernant le développement des ressources humaines dans le rapport sur la Fictitie (Annexe 1).
- Analysez ce qui a été réalisé jusqu'à maintenant en Fictitie pour gérer le développement des ressources humaines en vue de la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH. Intéressez-vous particulièrement à la façon dont le programme national de lutte contre la tuberculose et le programme national de lutte contre le VIH/SIDA mettent en œuvre leurs activités pour atteindre et maintenir le but du développement des ressources humaines pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.
- Identifiez les lacunes des activités actuelles en matière de développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH et proposez un plan général pour remédier à la situation.
- Préparez-vous à présenter le travail de votre groupe devant l'ensemble des participants.

**Quand vous êtes prêt pour la discussion, dites-le à un facilitateur.**

# Document 11.3:

## Ressources humaines pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH : formation et dotation en personnel

### 1. Introduction

Le développement des ressources humaines pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH est une tâche de grande ampleur qui comprend non seulement l'organisation de cours de formation spécifiques mais aussi la prise en charge des questions générales concernant la formation et la dotation en personnel. Il s'agit de disposer de personnel en effectif suffisant dans toutes les catégories impliquées dans les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH à tous les niveaux, cliniques et administratifs, et qui soit formé en fonction des besoins en vue d'atteindre un but spécifique à long terme, à savoir l'existence de compétences professionnelles pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH. La tâche qui incombe aux responsables de programmes et aux organismes chargés de l'appui technique est donc d'assurer que le personnel administratif et clinique possède les compétences nécessaires pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH et d'assurer que ce personnel est disponible en nombre suffisant.

Le présent document fait brièvement le point sur les questions qui doivent être abordées dans ce contexte.

### 2. **Plan de développement des ressources humaines pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH dans le cadre des activités générales de développement des ressources humaines pour la lutte contre la tuberculose**

Il n'est pas possible d'ajouter simplement les activités conjointes TB/VIH aux responsabilités du personnel déjà chargé de la mise en œuvre de la stratégie DOTS et des activités de prévention et de soins pour le VIH/SIDA. L'efficacité du personnel de santé est conditionnée par un grand nombre de contraintes, comme indiqué au tableau 1. Dans de nombreux cas il faudra recruter du personnel supplémentaire possédant les compétences requises pour gérer les activités conjointes TB/VIH au niveau central et aux autres niveaux. L'administration centrale devra estimer les besoins en personnel pour pouvoir assurer la mise en œuvre de tous les éléments du programme. Des projections réalistes, basées sur l'analyse des tâches, la révision des descriptions de poste et l'estimation de la charge de travail pour les personnels concernés, serviront de base pour préparer un plan de développement des ressources humaines en vue d'appuyer la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH. Les questions à examiner comprennent le niveau d'effort requis et les systèmes d'appui (par exemple les transports) nécessaires pour le traitement, les visites des agents de santé, le soutien psychosocial et le personnel des services cliniques et de laboratoire.

Les objectifs de la composante développement des ressources humaines dans le cadre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH sont les suivants :

- assurer qu'il y a suffisamment de personnel (clinique, psychosocial et administratif) à tous les niveaux pour mettre en œuvre le plan sans nuire aux autres secteurs de travail du programme national de lutte contre la tuberculose ou du programme national de lutte contre le VIH/SIDA ;
- assurer que tout le personnel participant aux programmes (à tous les niveaux, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé) est compétent (possède les connaissances, les compétences et les attitudes requises) et motivé pour mettre en œuvre les activités.

**Tableau 1. Contraintes au niveau des ressources humaines pour la mise en œuvre des programmes**

Formation et compétences	Personnel et motivation
<p>Insuffisance des compétences du personnel existant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De nombreux personnels impliqués dans la lutte contre la tuberculose et la prévention et les soins du VIH/SIDA n'ont pas reçu une formation complète</li> <li>• Insuffisance de la formation en cours d'emploi : absence d'objectifs mesurables et de matériel de formation, durée insuffisante de la formation, utilisation insuffisante de méthodes de formation appropriées et absence d'évaluation de l'apprentissage</li> <li>• Les formateurs et les responsables supposent que tout ce qui est enseigné est retenu et conduira à un travail de qualité</li> <li>• Absence de prise en compte des autres facteurs influant sur les changements de comportement des personnels de santé</li> <li>• Perception de la formation en tant qu'activité limitée dans le temps : une fois que la stratégie concernant les activités conjointes TB/VIH a atteint un taux de 100 %, la formation n'est plus jugée nécessaire « puisque tout le monde a été formé »</li> <li>• Insuffisance de la formation avant emploi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déséquilibre des ressources humaines affectées à la lutte contre la tuberculose et à la prévention et aux soins du VIH/SIDA <ul style="list-style-type: none"> <li>– Déséquilibre au niveau des effectifs totaux</li> <li>– Déséquilibre au niveau de la répartition</li> <li>– Déséquilibre entre zones urbaines et zones rurales</li> <li>– Déséquilibre au niveau des compétences ou de leur répartition : inadéquation entre le type ou le niveau de formation et les compétences requises par le système de santé ou le poste en question</li> </ul> </li> <li>• Pénurie de ressources humaines pour les programmes de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH/SIDA</li> <li>• Demande accrue sur le personnel existant – non seulement du fait des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA <ul style="list-style-type: none"> <li>– Impact du VIH/SIDA parmi les membres du personnel</li> <li>– Faible fidélisation du personnel</li> <li>– Faible motivation du personnel <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Sous-qualification (formation insuffisante et peu fréquente)</li> <li>◇ Absence de soutien et de supervision</li> <li>◇ Environnement de travail médiocre</li> <li>◇ Absence de plans de carrière</li> <li>◇ Salaire insuffisant</li> <li>◇ Surcharge de travail</li> <li>◇ Moral bas</li> <li>◇ Personnel malade ou ayant des malades dans sa famille</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Nombre de postes insuffisant</li> <li>• Exode des compétences</li> <li>• Taux de rotation élevé</li> </ul>

Les étapes suivantes doivent être envisagées lors de la préparation et de l'application d'un plan de développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH.

1. Désigner un point focal pour le développement des ressources humaines pour les activités conjointes TB/VIH soit dans le programme national de lutte contre la tuberculose soit dans le programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agira du point focal pour le développement des ressources humaines dans les deux programmes ou d'un membre de leurs équipes.
2. Evaluer les besoins en ressources humaines des activités conjointes TB/VIH et les répercussions sur le personnel existant (personnel des services cliniques, y compris celui chargé du traitement sous observation directe, des services administratifs, du laboratoire et de la pharmacie).
  - Définir les tâches à accomplir à chaque niveau du système pour mettre en œuvre les activités conjointes TB/VIH .
  - Assigner des tâches aux diverses catégories de personnel de santé.
  - Evaluer le temps nécessaire pour accomplir ces tâches, surtout au niveau périphérique, où les variations du nombre et du type de cas diagnostiqués et traités ont le plus d'impact sur la charge de travail.
  - Estimer le nombre de personnes nécessaire dans chaque catégorie de personnel pour maintenir le niveau de service actuel en incluant les activités conjointes TB/VIH.
3. Evaluer la situation actuelle des ressources humaines pour le programme national de lutte contre la tuberculose, le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et le système de santé et déterminer l'effectif du personnel de chaque catégorie disponible en tout temps.
4. Identifier les lacunes des ressources humaines en termes de nombre de personnes (augmentation des effectifs, rôles et responsabilités supplémentaires – par exemple en tant que coordonnateur des activités conjointes TB/VIH ou point focal pour les services de laboratoire) et de qualité du personnel (nécessité de compétences supplémentaires) pour mettre en œuvre le programme.
5. Préparer des plans à court terme et à moyen terme, y compris sur la façon d'assurer un personnel suffisant et sur la préparation et la mise en œuvre des programmes de formation basés sur l'analyse des tâches. Envisager :
  - Formation en cours d'emploi (personnel clinique et administratif)
    - Formation initiale sur la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH
    - Nouvelle formation (en cas de problèmes majeurs, il faut davantage qu'une visite de supervision pour améliorer la situation, par exemple des cours officiels de formation)
    - Formation « sur le tas » (pour rafraîchir les connaissances en cas de petits problèmes qui peuvent être résolus au cours d'une visite de supervision)
    - Formation continue (pour acquérir de nouvelles connaissances et compétences et non pas refaire la même formation)
  - Coordination avec les autres programmes de formation en cours d'emploi, les établissements de formation et les départements des ressources humaines (en particulier sur les mesures permettant de retenir le personnel qualifié grâce à des interventions visant à empêcher la rotation inutile du personnel, et sur les moyens de favoriser les plans de carrière)
  - Formation avant emploi (formation de base aux compétences requises avant l'entrée en fonctions)

Lors de l'élaboration de programmes de formation, s'assurer que :

- les descriptions de poste sont basées sur l'analyse des tâches ;
  - les cours et programmes de formation ont des objectifs axés sur les compétences, basés sur l'analyse des tâches et les descriptions de poste ;
  - les programmes et cours de formation utilisent des méthodes et une gestion du temps qui permettent aux participants d'atteindre les objectifs pédagogiques ;
  - la proportion de participants et de facilitateurs dans chaque cours permet aux participants d'atteindre les objectifs pédagogiques ;
  - L'évaluation est objective pour assurer que les objectifs pédagogiques sont atteints et que les points suivants sont pris en compte dans la planification et la mise en œuvre de l'évaluation :
    - Evaluation pendant le cours de formation :
      - ◇ Evaluation par les participants
      - ◇ Evaluation des participants (pour déterminer s'ils ont appris les compétences spécifiées dans les objectifs pédagogiques et sont donc aptes à faire leur travail)
    - Evaluation sur le terrain :
      - ◇ Supervision (évaluation après formation) pour identifier les problèmes de performances et déterminer si ces problèmes sont dus à un manque de connaissances ou à un manque de motivation
      - ◇ Suivi spécifique immédiatement après la formation.
6. Assurer un suivi et une supervision pour :
- détecter les insuffisances chez le personnel nouvellement formé ;
  - identifier les membres du personnel nouvellement recrutés et qui ont besoin d'une formation (personnel supplémentaire et remplacement des postes vacants).
7. Assurer la mise en œuvre du plan en temps utile et un suivi régulier de son état d'avancement.
8. Evaluer périodiquement la mise en œuvre du plan et le revoir si nécessaire.

Pour assurer des ressources humaines compétentes et suffisantes pour la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH de haut niveau, il faut une gestion évolutive. A mesure de la mise en œuvre du programme, la gestion des ressources humaines devient plus complexe du fait de la demande soutenue et diversifiée qui s'exerce sur le personnel à tous les niveaux du système de santé.

On trouvera de plus amples informations sur le développement des ressources humaines dans les publications suivantes :

*Améliorer la formation pour la lutte contre la tuberculose : développement des ressources humaines pour la lutte contre la tuberculose : approche stratégique dans le cadre de l'appui aux pays.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.301).

World Health Organization and Rockefeller Foundation. *Human resources development for TB control: report of a consultation held on 27 and 28 August 2003.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/HTM/TB/2004.340).

Harries AD et al. Human resources for control of tuberculosis and HIV-associated tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2005, 9:128–137.

# Unité 12: Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

---

## Objectifs

---

A la fin de cette unité, les participants seront capables :

- 1) de décrire le rôle du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH ;
  - 2) de décrire les éléments du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH ;
  - 3) de planifier le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (diapositives)

Exercice

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 12.1: Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (diapositives)

Document 12.2: Exercice

Document 12.3: *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (11)*

---

# Document 12.1:

## Suivi et évaluation de la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Document No. 12.1



Gestion des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH: cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux

## Objectifs de l'unité

- Décrire le rôle du suivi et de l'évaluation de la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH
- Décrire les éléments du suivi et de l'évaluation de la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH
- Planifier le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH

## Suivi

- Observe en routine les ressources, les processus et les résultats
- Assure que les ressources sont utilisées, que les clients utilisent les services, que les activités sont réalisées en temps utile et que les résultats attendus sont obtenus
- La présence de problèmes peut indiquer la nécessité d'une évaluation
- Utilise les registres de routine et les systèmes de notification périodique ainsi que des visites d'établissements de santé et des enquêtes auprès des clients
- Les données sont recueillies au niveau de l'établissement, compilées au niveau du district et regroupées aux niveaux régional et national
- Le retour d'information au niveau du district et de l'établissement sous forme de données analysées est indispensable pour la gestion des performances

## Evaluation

- Analyse plus étendue des données du programme et des données non recueillies en routine, pour explorer un problème ou une question qui se pose au niveau du programme
- Les ressources produisent-elles les résultats attendus – évaluation des résultats, et ceux-ci ont-ils l'impact souhaité – évaluation de l'impact?
- Sinon, que faut-il faire pour corriger la situation?
- Peut nécessiter une analyse plus approfondie de sources supplémentaires de données telles que rapports du personnel, entretiens avec le personnel ou avec les clients et groupes de discussion
- Moins fréquente que le suivi de routine

## Pourquoi le suivi et l'évaluation?

- Pour faciliter l'utilisation la plus efficace des ressources financières et humaines afin d'en tirer le maximum de bénéfice pour la santé de la population desservie par le programme
- Pour la bonne gestion du programme
  - Mesurer les performances du programme
  - Assurer la qualité et l'efficacité
  - Progresser sur la voie d'objectifs spécifiques
  - Identifier les problèmes et leurs solutions
- Pour promouvoir une culture de l'apprentissage axée sur l'amélioration des services
- Pour un meilleur contrôle des activités
- Pour pouvoir obtenir des ressources

- Politique actuelle



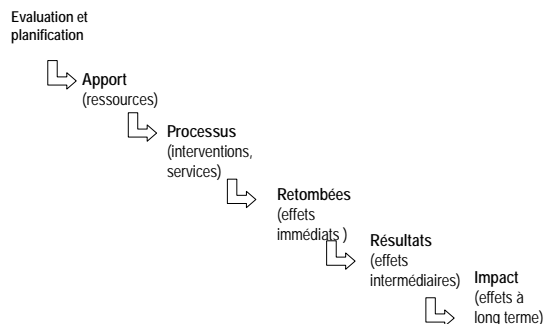
- Guide du suivi et de l'évaluation



## Etapes de l'établissement d'un plan de suivi et d'évaluation

- Identifier les buts et objectifs du programme
- Elaborer un cadre de suivi et d'évaluation
- Définir et choisir les indicateurs appropriés
- Identifier les sources de données et les méthodes de collecte
- Etablir un plan de mise en oeuvre du suivi et de l'évaluation
- Diffuser et utiliser les résultats

## Plan de suivi et d'évaluation: suivre la progression ...



## But et objectifs

### But

Réduire la charge de la tuberculose et du VIH dans les populations touchées par ces deux infections

### Objectifs

- Etablir les mécanismes de collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH
- Réduire la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Réduire la charge du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

## Etapes de l'établissement d'un plan de suivi et d'évaluation

- Identifier les buts et objectifs du programme
- **Elaborer un cadre de suivi et d'évaluation**
- Définir et choisir les indicateurs appropriés
- Identifier les sources de données et les méthodes de collecte
- Etablir un plan de mise en oeuvre du suivi et de l'évaluation
- Diffuser et utiliser les résultats

## Cadre de suivi et d'évaluation

### CONTEXTE

Facteurs environnementaux, culturels, politiques et socio-économiques extérieurs au programme

#### Apport

Ressources de base nécessaires  
Politiques, personnes, argent, matériel

#### Processus

Activités du programme  
Formation, logistique, gestion, information, éducation et communication, communication sur les changements de comportement

#### Retombées

Résultats au niveau du programme (mesure des activités du programme)  
Services, utilisation des services, connaissances

#### Résultats

Résultats au niveau de la population cible  
Comportement, nombre de personnes traitées, pratiques à moindre risque

#### Impact

Effet final du programme à long terme  
Incidence de la tuberculose, prévalence du VIH, morbidité, mortalité

Suivi et évaluation des processus

Evaluation des résultats et de l'impact du programme

## Etapes de l'établissement d'un plan de suivi et d'évaluation

- Identifier les buts et objectifs du programme
- Elaborer un cadre de suivi et d'évaluation
- **Définir et choisir les indicateurs appropriés**
- Identifier les sources de données et les méthodes de collecte
- Etablir un plan de mise en oeuvre du suivi et de l'évaluation
- Diffuser et utiliser les résultats

## Activités conjointes tuberculose/VIH

### A. Mettre en place les mécanismes de collaboration

- A.1 Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux
- A.2 Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux
- A.3 Planifier conjointement les activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH y compris la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités et la formation, les activités d'information, éducation et communication, le renforcement de la participation communautaire et la recherche opérationnelle.
- A.4 Assurer le suivi et l'évaluation

### B. Réduire la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA

- B.1 Intensifier le dépistage des cas de tuberculose
- B.2 Mettre en place le traitement préventif par l'isoniazide
- B.3 Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs

### C. Réduire la charge du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

- C.1 Assurer le conseil et le dépistage du VIH
- C.2 Appliquer des méthodes de prévention de la transmission du VIH
- C.3 Mettre en place le traitement préventif par le cotrimoxazole
- C.4 Dispenser soins et soutien aux personnes touchées par le VIH/SIDA
- C.5 Mettre en place le traitement antirétroviral

13

## Indicateurs pour:

### A. Mettre en place les mécanismes de collaboration

- A.1 Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux
- A.2 Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux
- A.3 Planifier conjointement les activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH
- A.4 Assurer le suivi et l'évaluation

### B. Réduire la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA

- B.1 Intensifier le dépistage des cas de tuberculose
- B.2 Mettre en place le traitement préventif par l'isoniazide
- B.3 Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs

### C. Réduire la charge du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

- C.1 Assurer le conseil et le dépistage du VIH
- C.2 Appliquer des méthodes de prévention de la transmission du VIH
- C.3 Mettre en place le traitement préventif par le cotrimoxazole
- C.4 Dispenser soins et soutien aux personnes touchées par le VIH/SIDA
- C.5 Mettre en place le traitement antirétroviral

### D. Autres

- D.1 Engagement politique
- D.2 Développement des partenariats et collaboration
- D.3 Ressources financières

14

## Indicateurs pour le suivi et l'évaluation des activités conjointes TB/VIH

- Au moins un indicateur pour chacune des activités mentionnées dans *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*
- Indicateurs supplémentaires pour la section D
- 20 indicateurs au total dans le guide de suivi et d'évaluation
- 8 sont définis comme **indicateurs fondamentaux** :

## Indicateurs: description

- *Titre de l'indicateur*
- *Définition* – numérateur et dénominateur
- *Objet de l'indicateur*
- *Méthodologie* – comment et où mesurer l'indicateur
- *Périodicité*
- *Intérêt et limites*
- *Importance* – fondamentale, souhaitable ou facultatif
- *Responsabilité* – qui est responsable
- *Outils de mesure*

## A. 2 Surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

- **Indicateur A.2.1** Nombre total de personnes enregistrées qui sont atteintes de tuberculose et VIH-positives, exprimé en proportion de toutes les personnes enregistrées atteintes de tuberculose

## B.1 Intensification du dépistage des cas de tuberculose

- **Indicateur B.1.1** Proportion, parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui se présentent dans un service de conseil et test VIH ou dans un service de soins et de traitement du VIH, de celles qui font l'objet d'un dépistage en raison de symptômes de tuberculose
- **Indicateur B.1.2** Proportion, parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui se présentent dans un service de conseil et test VIH ou dans un service de soins et de traitement du VIH, de celles chez qui une tuberculose est nouvellement diagnostiquée lors du dépistage

## **B.2 Traitement de l'infection tuberculeuse latente (Traitement préventif par l'isoniazide)**

- **Indicateur B.2.1** Proportion, parmi les personnes nouvellement diagnostiquées comme VIH-positives, de celles qui reçoivent un traitement contre l'infection tuberculeuse latente

## **C.1 Conseil et test VIH**

- **Indicateur C.1.1** Proportion des personnes enregistrées comme atteintes de tuberculose qui font l'objet d'un test VIH (après avoir donné leur consentement)
- **Indicateur C.1.2** Proportion des personnes enregistrées comme atteintes de tuberculose et ayant fait l'objet d'un test VIH (après avoir donné leur consentement) dont le test est positif

## **C.3 Traitement préventif par le cotrimoxazole**

- **Indicateur C.3.1** Proportion des personnes VIH-positives et atteintes de tuberculose qui reçoivent un traitement préventif (au moins une dose) par le cotrimoxazole pendant leur traitement antituberculeux

## **C.5. Traitement antirétroviral**

- **Indicateur C.5.1** Proportion des personnes enregistrées comme VIH-positives et atteintes de tuberculose qui commencent un traitement antirétroviral, ou continuent le traitement antirétroviral déjà en place, au cours ou à la fin du traitement antituberculeux

### **C.5.1 Traitement antirétroviral**

- **Définition** – Proportion des personnes enregistrées comme VIH-positives et atteintes de tuberculose qui commencent un traitement antirétroviral, ou continuent le traitement antirétroviral déjà en place, au cours ou à la fin du traitement antituberculeux
- **Numérateur** – Toutes les personnes VIH-positives et atteintes de tuberculose, enregistrées au cours d'une période donnée, qui reçoivent un traitement antirétroviral (qui commencent un traitement antirétroviral ou continuent le traitement déjà en place)
- **Dénominateur** – Toutes les personnes VIH-positives et atteintes de tuberculose enregistrées au cours de la même période.
- **Objet** – Indicateur de retombées qui mesure l'engagement du service de la tuberculose et sa capacité à assurer que les personnes VIH-positives et atteintes de tuberculose peuvent accéder au traitement antirétroviral

### **C.5.1 Traitement antirétroviral**

- **Méthodes** – La collecte de données diffère selon le service qui fournit le traitement antirétroviral
  - Programme TB – un registre de la tuberculose modifié ou un registre distinct pour les co-infections tuberculose/VIH avec report des données à la fin du traitement antituberculeux, pour inclure toute personne ayant commencé un traitement antirétroviral au cours du traitement antituberculeux.
  - Service du VIH ou autres services de soins – nécessite un système visant à assurer que le programme TB est informé de l'issue du transfert et l'inscrit dans un registre de la tuberculose modifié ou dans un registre des co-infections tuberculose/VIH.
- **Périodicité** – Données recueillies en continu et rapportées avec les données de l'analyse de cohorte trimestrielle.

## C.5.1 Traitement antirétroviral

### Intérêt et limites

- Le diagnostic de tuberculose est un point d'entrée majeur pour le traitement antirétroviral
- Important pour la gestion du programme et les soins individuels au patient
- Mesure
  - à quel degré le traitement antirétroviral fait partie de l'ensemble des soins destinés aux personnes VIH-positives et atteintes de tuberculose
  - l'accessibilité du traitement antirétroviral pour les personnes VIH-positives et atteintes de tuberculose
  - la disponibilité des médicaments
  - à quel degré les personnels de santé encouragent le traitement antirétroviral dans le cadre des soins de routine
  - le niveau du processus de transfert de patients entre services de la tuberculose et du VIH

## C.5.1 Traitement antirétroviral

### Intérêt et limites

- Ne mesure pas
  - si les patients sont traités correctement,
  - à quel point du traitement antituberculeux a été mis en route le traitement antirétroviral
  - l'observance du traitement
  - la qualité du traitement
  - l'impact du traitement antirétroviral
- Les valeurs attendues varieront selon les critères nationaux d'admissibilité au traitement antirétroviral et sur les moyens de numération des CD4

## C.5.1 Traitement antirétroviral

- **Importance** – Indicateur fondamental. Il faut recueillir des données pour cet indicateur même là où le traitement antirétroviral n'est pas disponible dans le secteur public, car cette information est importante par elle-même
- **Responsabilité** – Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et programme national de lutte contre la tuberculose
- **Outils de mesure** – Registre de la tuberculose modifié, registre des soins VIH modifié ou registre distinct TB/VIH avec système de renvois (s'il y a lieu)

## Etapes pour la généralisation du traitement antirétroviral

## Etapes ...

### Apport et processus

Niveau de suivi et d'évaluation	Etape	Collecte de données
<b>Apport</b>	1. Ressources pour le traitement et la prévention	Comptes nationaux, organismes de financement
<b>Processus</b>	2. Prix moyen des médicaments antirétroviraux par personne	Industrie, rapport de pays
	3. Formation (certification de compétence)	Registres administratifs, rapport de pays
	4. Production et distribution des antirétroviraux de première intention	Chiffres de l'industrie

## Etapes: retombées et résultats

Niveau de suivi et d'évaluation	Etape	Collecte de données
<b>Retombées</b>	5. Nombre de personnes formées à la dispensation du traitement antirétroviral	Rapports de pays, rapports de mission
	6. Nombre de services dispensant le traitement antirétroviral	Rapports de pays, cartographie des services, organisations non gouvernementales
	7. Nombre de dispensaires de soins anténatals assurant la prévention de la transmission mère-enfant	Rapports de pays, cartographie des services, organisations non gouvernementales
	8. Nombre de services assurant le conseil et le test	Rapports de pays, cartographie des services, organisations non gouvernementales
<b>Résultats</b>	9. Enfants, femmes et hommes atteints de VIH à un stade avancé recevant un traitement antirétroviral	Rapports de pays, rapports de sites, industrie, organisations non gouvernementales
	10. Surveillance de la pharmacorésistance du VIH	Rapports de pays

### Etapes: impact

Niveau de suivi et d'évaluation	Etapes	Collecte de données
<b>Impact</b>	11. Survie parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA et recevant le traitement antirétroviral	Système de suivi clinique
	12. Mortalité due au SIDA chez l'adulte, par âge et par sexe	Registres d'état civil, travaux de recherche, recensements, enquêtes
	13. Prévalence du VIH parmi les jeunes et les populations à risque	Surveillance et enquêtes

### Etapes spécifiques de l'OMS

Niveau de suivi et d'évaluation	Etapes
<b>Apport</b>	1. Ressources financières supplémentaires allouées pour l'accès universel au traitement antirétroviral
	2. Personnel déployé par l'OMS dans les pays
	3. Modules de formation et guides
	4. Participation des organismes partenaires en vue de l'accès universel
<b>Processus</b>	5. Les pays demandent l'aide de l'OMS
	6. Les pays établissent des cibles pour l'accès universel au traitement antirétroviral
	7. Les pays utilisent l'AMDS pour l'achat et la distribution de médicaments ou de produits diagnostiques

## Document 12.2:

# Présentation de l'exercice pour l'Unité 12

Pour cet exercice, votre facilitateur répartira les participants en quatre groupes. Le but de l'exercice est de préparer un plan d'application de plusieurs indicateurs pour suivre et évaluer la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH. Le choix des indicateurs dépend des activités conjointes choisies dans un pays (ou une région) donné et de la façon dont ces activités sont menées.

- Choisissez quatre indicateurs dans *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (11)* (un dans chaque section – A à D) qui seraient utilisés dans le pays (ou la région).
- Pour chaque indicateur, le groupe devra décider :
  - quelles informations doivent être recueillies ;
  - comment les recueillir – outils et ressources ;
  - à quelle fréquence les recueillir et les notifier ;
  - comment analyser et produire les résultats ;
  - comment diffuser les résultats ;
  - qui utilisera les résultats et dans quel but.
- Préparez-vous à présenter un de vos indicateurs devant l'ensemble des participants.

**Quant vous êtes prêt pour la discussion, dites-le à un facilitateur.**

# 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

---

## Objectifs

---

A la fin de cette unité, les participants seront capables :

- 1) d'analyser la situation financière d'un programme national de lutte contre la tuberculose ou d'un programme national de lutte contre le VIH/SIDA ;
  - 2) de préparer un projet de budget pour la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Détermination des coûts et établissement du budget

Exercice

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 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 (diapositives)

Document 13.2: Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (fichier Excel)

Document 13.3: Exercice : Détermination des coûts et établissement du budget

---

# Document 13.1

## Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Document No. 13.1



Gestion des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH: cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux

1

## Objectifs de l'unité

- Analyser la situation financière d'un programme national de lutte contre la tuberculose ou d'un programme national de lutte contre le VIH/SIDA
- Préparer un projet de budget pour la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH

2

## Proposition pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (*projet*)

*Le projet de proposition du programme national de lutte contre la tuberculose comporte 4 objectifs généraux dans le cadre de sa composante TB:*

- 1) Renforcer le système de soins de santé
- 2) Assurer et contrôler une couverture de 100% par le DOTS
- 3) Assurer l'accès au DOTS pour les groupes vulnérables
- 4) Etablir un système de suivi et d'évaluation

3

## Points forts de la composante TB

- Activités conjointes TB/VIH incluses
- Solide documentation de base
- Budget réaliste et relativement modeste
- Approche selon un cadre logique

4

## Travail de groupe

- Chaque groupe travaille sur une activité principale.
- Un projet de cadre budgétaire a été préparé sous format Excel pour chaque groupe (document 13.2).
- Les postes du budget proposé sont à discuter; les postes périmés seront supprimés, de nouveaux postes seront ajoutés et des lignes budgétaires réalistes seront préparées.
- Les coûts unitaires doivent être vérifiés pour des raisons d'uniformité.
- Les quantités doivent être spécifiées.
- Le budget final doit être préparé et présenté devant l'ensemble des participants (10 minutes).

5

## Groupe 1: Objectif 1

*Activité principale 2:*

- Gestion du développement des capacités concernant les achats et l'approvisionnement pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

6

## Groupe 2: Objectif 2

### Activité principale 1:

- Identification des cas de tuberculose infectieux parmi les personnes VIH-positives

7

## Groupe 3: Objectif 3

### Activité principale 2:

- Prévention de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA

8

## Groupe 4: Objectif 4

### Activité principale 1:

- Suivi et évaluation des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH dans 20 hôpitaux

9

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme – budget de pays							
Objectif 3: Assurer l'accès aux éléments du DOTS pour les groupes vulnérables							
Secteur de service 2: Prévention de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA							
Poste budgétaire	Ventilation					Total	
	Unité	Quantité	Coût unitaire				
<b>Coûts du projet</b>							
<b>A. Ressources humaines</b>							
1. Coordinateur de secteur de services	personne		625	x	mois	0	
2. Indemnités journalière pour le dépistage sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA	personne		88	x	fois	0	
3. Indemnités du formateur pour le dépistage	personne		75	x	stages	0	
<b>Sous-total (A)</b>							<b>0</b>
<b>B. Infrastructure et équipement</b>							
<b>Sous-total (B)</b>							<b>-</b>
<b>C. Formation</b>							
1. Ateliers sur les directives TB/VIH	atelier		1,000			0	
2. Formation au dépistage	stage		600			0	
<b>Sous-total (C)</b>							<b>0</b>
<b>D. Fournitures et produits</b>							
1. PPD pour le dépistage chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA	personne		1	x	fois	0	
2. Examen sérologique pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA	personne		5	x	fois	0	
3. Examen des frottis pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA	personne		1	x	fois	0	
4. Traitement par l'isoniazide pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA et atteintes de	personne		12			0	
<b>Sous-total (D)</b>							<b>0</b>
<b>E. Coûts de planification et d'administration</b>							
		7%				0	
<b>Sous-total (E)</b>							<b>0</b>
<b>Coût total</b>							<b>-</b>

10

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme - budget de pays							
Objectif 2: Atteindre et maintenir une couverture de 100% pour le DOT dans le pays							
Objectif principal 1: Identification des cas de tuberculose infectieux parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA							
Poste budgétaire	Ventilation						
	Unité	Quantité	Coût unitaire			Total	
<b>Coûts du projet</b>							
<b>A. Ressources humaines</b>							
1.	Coordinateur de secteur de service	personne		625	x	mois	0
2.	Assistant de secteur de service	personne		375	x	mois	0
3	Indemnités du formateur pour la formation des techniciens de laboratoire sur les frottis (1 jour)	personne	8	75	x	séminaires	0
4	Indemnités du superviseur (assurance qualité dans les districts)	personne		63	x	districts	0
1	Indemnités pour l'assurance		1	12		mois	1,200
<b>Sous-total (A)</b>							<b>1,200</b>
<b>B. Infrastructure et équipement</b>							
1	Microscope binoculaire Olympus avec ampoules de rechange x100		1	10		1,350	13,500
2	Réactifs et consommables		1	8		100	800
<b>Sous-total (B)</b>							<b>14,300</b>
<b>C Formation</b>							
1	Formation du personnel de laboratoire suivant directives sur frottis (5 jours)		5	8		75	3,000
	Formation du personnel de laboratoire suivant directives sur culture et antibiogramme (2 jours)	stage de formation				800	0

11

Bénéficiaire principal budget 12 mois et plans de travail pour année 1, juillet 2003-juin 2004										
Pays:		Programme national de lutte contre la tuberculose - exemple								
Maladie:		Tuberculose								
Numéro de subvention:		ETH-102-GO1-F-00								
Bénéficiaire principal:		Ministère fédéral de la santé								
Monnaie:		USD								
Objectif 2. Développer des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH dans des établissements de santé disposant de services de conseil et dépistage volontaires										
Objectifs et activités principales	Responsable	Juillet à septembre 2003		Octobre à décembre 2003		Janvier à mars 2004		Avril à juin 2004		Total pour l'année fiscale
		Etapas ou indicateurs	Budget	Etapas ou indicateurs	Budget	Etapas ou indicateurs	Budget	Etapas ou indicateurs	Budget	
Activité principale 1. Renforcer les capacités du Ministère fédéral de la santé en vue des activités conjointes TB/VIH	PASS, TLCT, APCT	Facturation des achats d'articles	80,000							80,000
Activité principale 2. Faire les visites d'évaluation des besoins dans les sept établissements de santé	Coordinateur TB/VIH, TLCT, APCT, RTLC	Faire sept visites d'évaluation des besoins	15,000							15,000
Activité principale 3. Adoption d'un protocole ou de directives standardisées pour les activités conjointes TB/VIH	Coordinateur TB/VIH, TLCT, APCT, Mentor (CDC)	Version finale des matériels et modules de formation	10,000	500 exemplaires des matériels et modules de formation imprimés et distribués	20,000					30,000
Activité principale 4. Formation des formateurs et formation du personnel dans les établissements sélectionnés				Faire la formation de formateurs pour 10 formateurs	30,000	Faire la formation pour 100 agents de santé dans les établissements sélectionnés	50,000			80,000
Activité principale 5. Achat des articles nécessaires pour la mise en route des activités conjointes TB/VIH	PASS TLCT	Lancement de l'appel d'offres et désignation du ou des adjudicataires	0	Facturation des achats de médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes	190,000					190,000
Activité principale 6. Supervision	TLCT, APCT					Faire quatre visites de supervision	7,000	Faire quatre visites de supervision	7,000	14,000
Activité principale 7. Suivi et évaluation pour l'objectif 2	Coordinateur TB/VIH, TLCT, APCT	Rapport de situation	2,500	Rapport de situation	2,500	Rapport de situation	2,500	Rapport de situation	2,500	10,000
<b>Total objectif 2</b>			<b>107,500</b>		<b>242,500</b>		<b>59,500</b>		<b>9,500</b>	<b>419,000</b>

## **Document 13.2:**

### **Présentation du fichier Excel**

Le fichier Excel qui vous est fourni comporte une liste préliminaire d'activités, une structure pour le budget, un coût unitaire indicatif pour les activités proposées et des formules permettant de calculer les sous-totaux et les totaux pour les coûts.

Voir le Document 13.3 pour la façon de faire l'exercice.

## Document 13.2

### Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme – budget de pays

Objectif 1: Renforcer le système de santé pour la lutte contre la tuberculose

Activité principale 2: Gestion du développement des capacités en matière d'achats et d'approvisionnement pour les activités conjointes TB/VIH

Poste budgétaire	Ventilation			
	Unité	Quantité	Coût unitaire	Total
<b>Coûts du projet</b>				
<b>A. Ressources humaines</b>				
1. Coordinateur de secteur de service pour les achats	personne		625 x mois	0
2. Coordinateur de secteur de service pour le système de gestion des	personne		625 x mois	0
3. Assistant de secteur de service	personne		375 x mois	0
4. Indemnités de supervision pour les achats deux fois par an	personne		125 x visites	0
5. Indemnités de supervision pour la gestion des médicaments	personne		125 x visites	0
6. Indemnités des formateurs	personne		75 x séminaires	0
<b>Sous-total (A)</b>				<b>0</b>
<b>B. Infrastructure et équipement</b>				
1 Véhicule pour le service central			31,250	-
2 Entretien et réparations			6,250	-
3 Assurance et immatriculation			5,000	-
<b>Sous-total (B)</b>				<b>0</b>
<b>C Formation</b>				
1 Formation à la gestion des médicaments pour le service central du programme national de lutte contre la tuberculose (2 jours)	stage de formation		1,300	-
2 Formation à la gestion des médicaments pour les infirmiers des services de lutte contre la tuberculose	stage de formation		900	-
<b>Sous-total (C)</b>				<b>-</b>
<b>D Fournitures et produits</b>				
1 Enceintes de sécurité	appareil		25,734	-
Maintenance des enceintes de sécurité			500 x	-
2 Lampes UV	appareil		80	-
3 Microscopes	appareil		2,500	-
4 Microscopes à fluorescence	appareil		7,000	-
5 Matériel pour culture rapide	appareil		100,000	-
6 Autoclaves	appareil		3,000	-
7 Réfrigérateurs	appareil		780	-
8 Appareil de radiologie	appareil		100,000	-
9 Logiciel pour système de gestion des médicaments	logiciel		2,000	-
Réactifs et consommables pour les laboratoires de bactériologie (frottis, culture et antibiogramme)	divers		80,000 x	-
12 Médicaments antituberculeux de première intention	médicaments		45,000 x	-
<b>Sous-total (D)</b>				<b>0</b>
<b>E Coûts de planification et d'administration</b>				
Consultant international en gestion des médicaments			4000 x	0
	7%			-
<b>Sous-total (E)</b>				<b>0</b>
<b>Coût total</b>				<b>-</b>

## Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme - budget de pays

### Objectif 2: Atteindre et maintenir une couverture de 100% pour le DOT dans le pays

#### Objectif principal 1: Identification des cas de tuberculose infectieux parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA

Poste budgétaire	Ventilation					
	Unité	Quantité	Coût unitaire	Total		
<b>Coûts du projet</b>						
<b>A. Ressources humaines</b>						
1. Coordinateur de secteur de service	personne		625 x	mois	0	
2. Assistant de secteur de service	personne		375 x	mois	0	
3. Indemnités du formateur pour la formation des techniciens de laboratoire sur les frottis (1 jour)	personne	8	75 x	séminaires	0	
4. Indemnités du superviseur (assurance qualité dans les districts)	personne		63 x	districts	0	
1 Indemnités pour l'assurance		1	12	100	mois	1,200
<b>Sous-total (A)</b>					<b>1,200</b>	
<b>B. Infrastructure et équipement</b>						
1. Microscope binoculaire Olympus avec ampoules de rechange x100		1	10	1,350	13,500	
2 Réactifs et consommables		1	8	100	800	
<b>Sous-total (B)</b>					<b>14,300</b>	
<b>C Formation</b>						
1. Formation du personnel de laboratoire suivant directives sur frottis (5 jours)		5	8	75	3,000	
Formation du personnel de laboratoire suivant directives sur culture et antibiogramme (2 jours)	stage de formation			800	0	
2. Logistique et administration		1	8	15	120	
3. Facilitateurs		5	2	150	1,500	
<b>Sous-total (C)</b>					<b>4,620</b>	
<b>D Fournitures et produits</b>						
1. Préparation de directives sur les examens de laboratoire	brochure			110	0	
<b>Sous-total (D)</b>					<b>-</b>	
<b>E Coûts de planification et d'administration</b>					<b>20,120</b>	
Consultant international 7 jours par an pour l'assurance qualité au laboratoire				4000	0	
				7%	1,408	
<b>Sous-total (E)</b>					<b>1,408</b>	
<b>Coût total</b>					<b>21,528</b>	

## Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme – budget de pays

**Objectif 3: Assurer l'accès aux éléments du DOTS pour les groupes vulnérables**

**Secteur de service 2: Prévention de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA**

Poste budgétaire	Ventilation				
	Unité	Quantité	Coût unitaire	Total	
<b>Coûts du projet</b>					
<b>A. Ressources humaines</b>					
1. Coordinateur de secteur de service	personne		625 x	mois	0
Indemnité journalière pour le					
2. dépistage sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA	personne		88 x	fois	0
Indemnités du formateur pour le					
3. dépistage	personne		75 x	stages	0
<b>Sous-total (A)</b>					<b>0</b>
<b>B. Infrastructure et équipement</b>					
<b>Sous-total (B)</b>					<b>-</b>
<b>C Formation</b>					
1 Ateliers sur les directives TB/VIH	atelier		1,000		0
2 Formation au dépistage	stage		600		0
<b>Sous-total (C)</b>					<b>0</b>
<b>D Fournitures et produits</b>					
1 PPD pour le dépistage chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA	personne		1 x	fois	0
2 Examen radiologique pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA	personne		5 x	fois	0
3 Examen des frottis pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA	personne		1 x	fois	0
Traitement par l'isoniazide pour les					
4 personnes vivant avec le VIH/SIDA et atteintes de tuberculose	personne		12		0
<b>Sous-total (D)</b>					<b>0</b>
<b>E Coûts de planification et d'administration</b>					<b>0</b>
			7%		0
<b>Sous-total (E)</b>					<b>0</b>
<b>Coût total</b>					<b>-</b>

**Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme – budget de pays**  
**Objectif 4: Mettre en place un système de suivi et d'évaluation**  
**Activité principale 1: Suivi et évaluation des activités conjointes TB/VIH dans 20 hôpitaux**

Poste budgétaire	Ventilation			Total
	Unité	Quantité	Coût unitaire	
<b>Coûts du suivi et de l'évaluation</b>				
<b>A. Ressources humaines</b>				
1 Directeur de programme		1,200 x	mois	0
2 Assistant de programme		500 x	mois	0
3 Membres de l'équipe de supervision - indemnités		150 x	visites	0
<b>Sous-total (A)</b>				-
<b>B. Infrastructure et équipement</b>				
<b>Sous-total (B)</b>				-
<b>C Formation et planification</b>				
Formation de l'équipe du niveau central et de l'équipe de supervision sur la gestion des programmes et sur le suivi et l'évaluation		5,000 x	formation	0
<b>Sous-total (C)</b>				-
<b>D Fournitures et produits</b>				
1. Fournitures de bureau		2,500 x	ans	0
<b>Sous-total (D)</b>				-
<b>E Suivi et évaluation</b>				
1. Visites de supervision		150 x	visites	0
2 Visites d'évaluation externe	visit	16,000 x		0
<b>Sous-total (E)</b>				-
<b>F Coûts d'administration</b>				0
1 Formateur en assistance internationale		4,000 x	fois	0
7%				0
<b>Sous-total (F)</b>				0
<b>Coût total</b>				-

## Budget pour la Fictitie. Annexe 1. Exemple de ventilation des postes pour les cours de formation

Tous les chiffres peuvent être modifiés sur la feuille; les totaux se calculent automatiquement. Les coûts par poste doivent être définis par consensus.

<b>Formation initiale</b>					
<b>Personnel de santé général et coordinateurs de district</b>		<b>Formation du personnel de coordination au niveau intermédiaire</b>		<b>Formation des formateurs au niveau central</b>	
<b>Postes</b>	<b>Nb. ou USD</b>		<b>Nb. ou USD</b>		<b>Nb. ou USD</b>
Nombre de cours	1	Nombre de cours	1	Nombre de cours	1
Durée du cours	5	Durée du cours	5	Durée du cours	7
Districts par cours	5	Experts par zone	1	Régions	6
Nombre max. de participants par cours	30	Nombre max. de participants par cours	25	Nombre max. de participants par cours	25
Indemnité journalière agent de santé	8	Indemnité journalière participant	8	Indemnité journalière participant	8
Transport moyen agent de santé	12	Transport moyen participant	20	Transport moyen participant	40
Nombre de facilitateurs	2	Nombre de facilitateurs	2	Nombre de facilitateurs	3
Indemnité journalière facilitateur	13	Indemnité journalière facilitateur	20	Indemnité journalière facilitateur	20
Transport facilitateur	35	Transport facilitateur	40	Transport facilitateur	40
Nombre de chauffeurs	1	Nombre de chauffeurs	1	Nombre de chauffeurs	1
Indemnité journalière chauffeurs	6	Indemnité journalière chauffeurs	6	Indemnité journalière chauffeurs	7
Rafraîchissements par personne par jour	4	Rafraîchissements par personne par jour	5	Rafraîchissements par personne par jour	5
Salle de cours par jour	20	Salle de cours par jour	40	Salle de cours par jour	40
Fournitures de bureau par personne	5	Fournitures de bureau par personne	5	Fournitures de bureau par personne	40
<b>Coût total du (des) cours (USD)</b>	<b>2,540</b>	<b>Coût total du (des) cours (USD)</b>	<b>3,560</b>	<b>Coût total du (des) cours (USD)</b>	<b>5,944</b>
<b>Coût d'un cours (USD)</b>	<b>2,540</b>	<b>Coût d'un cours (USD)</b>	<b>3,560</b>	<b>Coût d'un cours (USD)</b>	<b>5,944</b>

## Bénéficiaire principal budget 12 mois et plans de travail pour année 1, juillet 2003-juin 2004

<b>Pays:</b>	Programme national de lutte contre la tuberculose - exemple
<b>Maladie</b>	Tuberculose
<b>Numéro de subvention:</b>	ETH-102-GO1-T-00
<b>Bénéficiaire principal:</b>	Ministère fédéral de la santé
<b>Monnaie:</b>	USD

<b>Objectif 2. Développer des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH dans des établissements de santé disposant de services de conseil et dépistage volontaires</b>										
Objectifs et activités principales	Responsable	Juillet à septembre 2003		Octobre à décembre 2003		Janvier à mars 2004		Avril à juin 2004		Total pour l'année fiscale
		Etapes ou indicateurs	Budget	Etapes ou indicateurs	Budget	Etapes ou indicateurs	Budget	Etapes ou indicateurs	Budget	
<b>Activité principale 1.</b> Renforcer les capacités du Ministère fédéral de la santé en vue des activités conjointes TB/VIH	PASS, TLCT, APCT	Facturation des achats d'articles	80,000							80,000
<b>Activité principale 2.</b> Faire les visites d'évaluation des besoins dans les sept établissements de santé	Coordinateur TB/VIH, TLCT, APCT, RTLC	Faire sept visites d'évaluation des besoins	15,000							15,000
<b>Activité principale 3.</b> Adoption d'un protocole ou de directives standardisés pour les activités conjointes TB/VIH	Coordinateur TB/VIH, TLCT, APCT, Mentor (CDC)	Version finale des matériels et modules de formation	10,000	500 exemplaires des matériels et modules de formation imprimés et distribués	20,000					30,000
<b>Activité principale 4.</b> Formation des formateurs et formation du personnel dans les établissements sélectionnés				Faire la formation de formateurs pour 10 formateurs	30,000	Faire la formation pour 100 agents de santé dans les établissements sélectionnés	50,000			80,000
<b>Activité principale 5.</b> Achat des articles nécessaires pour la mise en route des activités conjointes TB/VIH	PASS TLCT	Lancement de l'appel d'offres et désignation du ou des adjudicataires	0	Facturation des achats de médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes	190,000					190,000
<b>Activité principale 6.</b> Supervision	TLCT, APCT					Faire quatre visites de supervision	7,000	Faire quatre visites de supervision	7,000	14,000
<b>Activité principale 7.</b> Suivi et évaluation pour l'objectif 2	Coordinateur TB/VIH, TLCT, APCT	Rapport de situation	2,500	Rapport de situation	2,500	Rapport de situation	2,500	Rapport de situation	2,500	10,000
<b>Total objectif 2</b>			<b>107,500</b>		<b>242,500</b>		<b>59,500</b>		<b>9,500</b>	<b>419,000</b>

## Document 13.3

# Présentation de l'exercice pour l'Unité 13

Pour cet exercice, votre facilitateur répartira les participants en quatre groupes. Le but de l'exercice est de réaliser une composante du budget de mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH.

- Dans le cadre d'un programme national de lutte contre la tuberculose ou d'un programme national de lutte contre le VIH/SIDA, un projet de budget pour les activités conjointes TB/VIH a déjà été préparé aux fins de la proposition soumise au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- Chaque groupe est chargé d'une composante particulière du budget.
- Chaque groupe reçoit un fichier Excel comportant une liste préliminaire d'activités, une structure pour le budget, un coût unitaire indicatif pour les activités proposées et des formules permettant de calculer les sous-totaux et les totaux pour les coûts.
- Dans chaque groupe, les participants devront :
  - 1) établir la liste des activités entrant dans la composante budgétaire considérée ;
  - 2) déterminer si le coût unitaire indiqué est approprié ;
  - 3) déterminer le nombre d'unités nécessaire ;
  - 4) compléter la ligne budgétaire et en faire rapport devant l'ensemble des participants.
- Préparez-vous à présenter votre composante budgétaire devant l'ensemble des participants.

**Quand vous êtes prêt pour la discussion, dites-le à un facilitateur.**

# Unité 14: Etude de cas sur la fourniture de services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA – l'exemple du Malawi

---

## Objectifs

---

A la fin de cette unité, les participants seront capables :

- 1) d'analyser l'organisation des activités conjointes TB/VIH dans un pays réel (Malawi) ;
  - 2) d'examiner et de commenter les activités et le matériel (plans, directives, manuels, formulaires) utilisés dans un pays ayant l'expérience de la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH ;
  - 3) d'analyser la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH dans le pays considéré et de la comparer avec l'expérience de leur propre pays (le cas échéant).
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: L'expérience du Malawi  
Discussion générale

---

## Matériel

---

Document No. 14.1: L'expérience du Malawi (diapositives)  
Document No. 14.2: *Three year development plan for the implementation of joint TB and HIV services in Malawi (12)*

---

# Document 14.1:

## L'expérience d'un pays: le Malawi

Document No. 14.1



Gestion des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH: cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux

1

## Objectifs de l'unité

- Analyser l'organisation des activités conjointes TB/VIH dans un pays réel
- Examiner et commenter les activités et le matériel (plans, directives, manuels, formulaires) utilisés dans un pays ayant l'expérience de la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH
- Analyser la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH dans le pays considéré et la comparer avec l'expérience de son propre pays (le cas échéant)

2

## Le traitement antirétroviral peut-il être généralisé?

### Facteurs positifs

- Fonds pour acquérir des antirétroviraux
- Baisse du coût des génériques
- Impulsion nationale et internationale
- Demande des consommateurs

### Contraintes

- Capacité de fabrication et de distribution des médicaments
- Capacité de l'infrastructure du système de santé et du suivi
- Ressources humaines

3

## Le "modèle médicalisé" en Afrique

Médecins pour délivrer le traitement antirétroviral

Choix entre plusieurs schémas thérapeutiques

Surveillance biologique obligatoire

"Tests de fonction hépatique, numération-formule sanguine et numération des CD4"

Ordinateurs pour contrôler le suivi des patients

**empêchera la généralisation rapide et massive du traitement antirétroviral**

**La clé du succès est la simplicité**

4

## La structure de la lutte anti-tuberculeuse est le modèle à suivre

- **Diagnostic et dépistage standardisés**  
(examen microscopique de frottis et types bien définis de TB)
- **Traitement standardisé**  
(3 catégories de traitement pour couvrir tous les types de TB)
- **Système standardisé d'enregistrement et de notification**  
(fiches de traitement, registres, analyses de cohorte, suivi)
- **Système standardisé d'achats**
- **Gestion par du personnel paramédical**
- **Médicaments gratuits pour les patients**

5

**De la politique à la pratique:**

**le cas du Malawi**

6

## Dépistage standardisé en vue du traitement antirétroviral

### Personnes admissibles au traitement antirétroviral:

- Test VIH positif
- Stade clinique selon l'OMS: III ou IV
- (CD4 <200/mm<sup>3</sup> s'il y a lieu)

7

VIH-positif

↓ le jour même

Classé cliniquement comme admissible au traitement antirétroviral, pas de contre-indications

↓ dans la semaine

Participation à une séance de conseil collectif

↓ après une semaine

Participation à une séance de conseil individuel et mise en route du traitement antirétroviral

8

## Traitement antirétroviral standardisé

- Traitement antirétroviral de première intention:  
Stavudine + lamivudine + névirapine (association fixe)
- Autre traitement antirétroviral de première intention en cas d'effets secondaires:  
Remplacer la stavudine par la zidovudine (neuropathie)  
Remplacer la névirapine par l'efavirenz (effets cutanés ou hépatiques)
- Traitement antirétroviral de deuxième intention en cas d'échec du traitement de première intention:  
Zidovudine + didanosine + nelfinavir

9

## Un seul traitement antirétroviral de première intention pour la généralisation à l'échelle du pays au Malawi

- L'association stavudine + lamivudine + névirapine est la seule association fixe (un comprimé deux fois par jour)
- 85–90% des patients réagissent bien à ce schéma
- Le traitement antirétroviral de première intention simplifié:
  - les achats de médicaments
  - la sécurité de l'approvisionnement en médicaments
  - la prise en charge du patient
  - le système d'enregistrement et de notification
  - la formation du personnel hospitalier

10

## Promotion de l'observance

- Le programme de lutte contre la tuberculose utilise depuis plusieurs années des "tuteurs" pour aider à la phase initiale du traitement antituberculeux par la rifampicine
- Le système de dispensation du traitement antirétroviral utilise des "tuteurs" pour aider la personne qui reçoit le traitement – cela implique de dévoiler le statut VIH de la personne

11

## Enregistrement et notification standardisés

12

## Outils de suivi empruntés au modèle de la lutte antituberculeuse

- Fiche de traitement du patient pour le traitement antirétroviral
- Fiche patient pour le traitement antirétroviral
- Registre des patients sous traitement antirétroviral
- Formulaire pour l'analyse de cohorte trimestrielle sur les patients recevant un traitement antirétroviral
- Formulaire de suivi du traitement antirétroviral pour les fonctionnaires régionaux du programme national de lutte contre la tuberculose

13

## Fiche de traitement antirétroviral

(patient)

↓  
Tous les trois mois, mettre à jour le registre d'après les données de la fiche de traitement du patient

## Registre de traitement antirétroviral

(établissement)

↓  
Tous les trois mois, faire une analyse de cohorte à partir des données du registre mis à jour

## Analyse de cohorte sur les patients recevant un traitement antirétroviral

14

## Détails de l'enregistrement

### Programme TB:

N° individuel d'enregistrement concernant la tuberculose pour chaque Patient

Chaque établissement commence chaque année avec une nouvelle série de numéros:  
MCH/01/2003  
MCH/01/2004

### Traitement antirétroviral:

N° individuel d'enregistrement pour chaque personne recevant un traitement antirétroviral

Les numéros se suivent indéfiniment, par exemple:  
MCH/01  
MCH/1027

15

## Résultats standardisés

### Programme TB

- Guéri
- Traitement achevé
- Décédé
- Abandon
- Echec
- Transfert vers un autre service

### Traitement antirétroviral

- En vie et sous traitement antirétroviral
- Décédé
- Abandon
- Arrêt du traitement
- Transfert vers un autre service

16

FICHE PATIENT POUR TRAITEMENT ARV: N° individuel de traitement ARV CKW/ARV/01 Année 2004

Nom: Mr Joshua Phiri Age 34 Sexe M Poids initial (kg) 48 Transféré (Oui/Non) Non

Adresse (complète / Boîte postale) TA Mumba, near Chikwawa Boma, Chikwawa District

Nom du tuteur Mr John Phiri

Date début traitement ARV 1<sup>re</sup> intention (préciser formulation d4t/3TC/NVP) 14 Jul -d4T-30mg Motif du traitement ARV: Stade III (Pneumonie)

Date début autre traitement ARV (préciser) \_\_\_\_\_ Date début traitement ARV 2<sup>nd</sup> intention (préciser) \_\_\_\_\_

année	mois	date	poids (kg)	Issue du traitement			Patients en vie		Patients ambulatoires		Travail/école en		Effets secondaires	Nb. comprimés restants dans le flacon	ARV donné		ARV non donné
				T	D	A	Debut	Sub	Debut	Alite	Oui	Non			Oui	Non	
2003	jan																
	fév																
	mars																
	avr																
	mai																
	juin																
2004	juil	14	48	X			X		X	X			X	4		X	
	août	28	49	X			X		X	X			X	2		X	
	sep	20	50	X			X		X	X			X	2		X	
	oct	24	51	X			X		X	X		PN		4		X	
	nov																
	déc																

17

## Exemple de FICHE PATIENT POUR TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Service de traitement actuel: \_\_\_\_\_

Nom du patient: Mr \_\_\_\_\_

N° individuel de traitement ARV: CKW/01

Age: 34 Sexe: M Poids initial (kg): 48kg

Début traitement ARV 1<sup>re</sup> intention (date): \_\_\_\_\_

Motif du traitement ARV: Stade III (Pneumonie)

Début autre traitement ARV 1<sup>re</sup> intention (date) \_\_\_\_\_

Début traitement ARV 2<sup>nd</sup> intention (date) \_\_\_\_\_

18

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA  
POPULATION**

**REGISTRE DU TRAITEMENT ARV**

**HÔPITAL: CHIKWAWA DISTRICT**

19

N° d'enregistrement ARV	Année	Trimestre	Date d'enregistrement	Nom	Sexe	Age	Adresse	Date début traitement ARV	Motif du traitement ARV	Nom du tuteur	Service de traitement ARV
CKW/01	2004	3	14 juillet	Phiri	M	34	PO Box CMK	14 juillet	Stade III	John	CKW
CKW/02	2004	3	14 juillet	Nkhoma	F	29	TA 141	14 juillet	Stade III-PTB	Peter	CKW
CKW/03	2004	3	14 juillet	Kangombe	M	41	Montfort	14 juillet	Stade IV	JJW	CKW
CKW/04	2004	3	21 juillet	Tanbika	M	29	Nachalo	21 juillet	Stade IV-EPTB	ADH	CKW
CKW/05	2004	3	21 juillet	Gombe	F	27	TA 121	21 juillet	Stade III	Joshua	CKW

*Motif de la mise en route d'un traitement ARV: Stade III, Stade IV, CD4 < 200/mm<sup>3</sup>, Stade II avec numération lymphocytaire totale < 1200/mm<sup>3</sup>, Tuberculose, Patient transféré*

20

Issue (indiquer date si autre que via)					Parmi patient en vie			Ambulatoire		Au travail ou à l'école		Observance 95%	
En vie	Décédé	Abandon	Arrêt	Transfert	Début	Substitution	2e intention	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
X					X			X		X			
X					X			X			X		
X					X			X		X			
X					X			X			X		
X					X			X		X			

En vie- en vie et recevant un traitement antirétroviral: Décédé- quelle que soit la cause: Abandon pas vu depuis trois mois: Arrêt- arrêt du traitement en raison d'effets secondaires ou autres raisons: Transfert- transfert dans un autre service de traitement antirétroviral.

Début- traitement de 1e intention: Substitution- passage à un autre traitement de 1e intention: 2e intention- passage au traitement de 2e intention

Ambulatoire- oui/non: Au travail ou à l'école/emploi précédent ou nouvel emploi pour les adultes

Observance 95% 8 comprimés ou moins quand le patient revient ponctuellement

21

### Formulaire d'analyse trimestrielle de cohorte de traitement antirétroviral

**SERVICE DE TRAITEMENT** \_\_\_\_\_ Thyolo DH  
**COHORTE** [préciser l'année et le trimestre] \_\_\_\_\_ 2003, T2  
 Nombre total de patients initialement inscrits dans la cohorte \_\_\_\_\_ 116  
 Année de l'évaluation: \_\_\_\_\_ 2003  
 Date de l'évaluation \_\_\_\_\_ 10 juillet

**Sur le nombre total d'inscrits dans la cohorte:**

Nombre En vie et sous traitement antirétroviral \_\_\_\_\_ 106 (91%)  
 [En vie et traitement de 1<sup>re</sup> intention \_\_\_\_\_ 101]  
 [En vie et traitement de 1<sup>re</sup> intention \_\_\_\_\_ 5]  
 [En vie et traitement de 2<sup>e</sup> intention \_\_\_\_\_ 0]  
 Décédés \_\_\_\_\_ 6  
 Abandons \_\_\_\_\_ 0  
 Arrêt du traitement \_\_\_\_\_ 4  
 Transférés dans un autre service \_\_\_\_\_ 0

**Parmi les patients en vie:**

Nombre Ambulatoires \_\_\_\_\_ 106  
 Au travail \_\_\_\_\_ No information  
 Avec effets secondaires \_\_\_\_\_ 14  
 Avec 8 comprimés restants ou moins \_\_\_\_\_ 63/63

*Note: Un nombre de comprimés restants égal ou inférieur à 8 correspond à une observance de 95%* 22

## Analyse de cohorte

- Tous les 3 mois, chaque cohorte fait l'objet d'une analyse des résultats du traitement  
*[cela permet de faire une analyse de survie]*
- Tous les 3 mois, tous les numéros des cas et les résultats du traitement sont regroupés  
*[cela permet d'avoir des données cumulatives à jour]*

23

## Collecte des données de la cohorte nationale de traitement antirétroviral

- Le programme national de lutte contre la tuberculose effectue des visites trimestrielles de supervision et de suivi dans tous les établissements de traitement de la tuberculose du pays pour recueillir les données sur le dépistage des cas et l'issue du traitement
- Il n'existe pas de système équivalent pour le VIH/SIDA
- La collecte des données sur le VIH/SIDA repose donc sur le système de collecte des données sur la tuberculose
- Les détails de la collecte des données sont convenus avec le programme national de lutte contre la tuberculose au Malawi.

24

## Analyse cumulative des patients ayant commencé un traitement antirétroviral jusqu'à juin 2004:

[Les fonctionnaires régionaux de la lutte contre la tuberculose ont recueilli les données de 11 hôpitaux en juillet-août 2004]

Nombre de personnes ayant commencé le traitement	Nombre de personnes ayant commencé le traitement et se trouvant dans la catégorie:				
	En vie et sous traitement	Décédé	Abandon	Arrêt	Transfert
5558	4191 (75%)	446 (8%)	805 (14%)	46 (1%)	70 (2%)

25

## Procédures standardisées d'achat de médicaments

### Programme TB:

- Commandes de médicaments basées sur le nombre de patients enregistrés au cours des 1-2 trimestres précédents plus un pourcentage pour tenir compte de l'augmentation du nombre de cas notifiés
- Médicaments fournis pour la phase initiale et la phase de continuation du traitement

### Dispensation des antirétroviraux:

- Commandes de médicaments basées sur un classement des services en:  
 charge faible (25/mois)  
 charge moyenne (50/mois)  
 charge élevée (150/mois)
- Médicaments fournis en paquets pour le début et pour la continuation du traitement

26

## Pour le patient individuel recevant le traitement antirétroviral

### Paquet pour début de traitement:

Destiné à fournir les médicaments pour les 15 premiers jours de traitement:

Une boîte de Triomune et une boîte de Lamivir-S (contenant chacune 15 comprimés)

### Paquet pour continuation du traitement:

Destiné à fournir les médicaments pour 30 jours de continuation du traitement:

Une boîte de Triomune (60 comprimés)

27

## Service avec charge faible: paquets d'antirétroviraux pour 75 personnes pendant 3 mois

### Paquet début: 3 mois

60 boîtes de Lamivir-30 (15 comprimés)  
15 boîtes de Lamivir-40 (15 comprimés)  
60 boîtes de Triomune-30 (15 comprimés)  
15 boîtes de Triomune-40 (15 comprimés)

### Paquet continuation: 3 mois

180 boîtes de Triomune-30 (60 comprimés)  
45 boîtes de Triomune-40 (60 comprimés)

28

## Calcul des besoins en antirétroviraux pour les 56 établissements publics de santé au Malawi

### Nombre d'établissements publics de santé pour le traitement antirétroviral:

- 4 établissements avec charge élevée
- 26 établissements avec charge moyenne
- 26 établissements avec charge faible

### Besoins nationaux pour une année:

- 400 paquets pour début de traitement
- 1320 paquets pour continuation du traitement

29

## Personnel assurant les services dans les dispensaires

### Programme TB:

44 sites dans le secteur public

- 4 personnels de soins
- 6 infirmiers
- 28 aide-soignants
- 6 agents de surveillance sanitaire

### Dispensation du traitement antirétroviral:

56 sites dans le secteur public

- 6 médecins
- 50 personnels de soins

30

## Les antirétroviraux doivent-ils être à la charge du patient? (1)

Le programme de lutte contre la tuberculose fournit gratuitement tous les médicaments aux patients parce que:

- a) la tuberculose est un problème de santé publique
- b) la tuberculose est une maladie infectieuse
- c) le traitement est de longue durée – 6–8 mois
- d) la non-observance conduit à la pharmacorésistance

31

## Les antirétroviraux doivent-ils être à la charge du patient?(2)

### Lilongwe Lighthouse:

- Les patients paient MK2500 par mois
- Taux d'abandon élevé, près de 40%
- Taux de mortalité élevé, de 15–20% car consultation tardive en raison des coûts

### Thyolo – MSF District:

- Les médicaments sont distribués gratuitement aux patients
- Faible taux d'abandon, de 0,7%
- Faible taux de mortalité, de 8%

32

## Les antirétroviraux seront donc gratuits pour les patients dans le secteur public au Malawi

33

## Conclusions

- Le DOTS a d'excellents résultats pour la lutte contre la tuberculose dans les pays à ressources limitées
- Le même modèle peut être utilisé pour la dispensation du traitement antirétroviral
- Cela doit permettre de sauver de nombreuses vies et de contenir le risque de pharmacorésistance
- Comment cela se passe-t-il dans votre pays?

34

# Unité 15: Visite sur le terrain dans un établissement de santé local fournissant des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose et du VIH/SIDA

---

## Objectifs

---

A la fin de cette unité, les participants seront capables :

- 1) d'effectuer une visite sur le terrain dans un établissement de santé local fournissant des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose et du VIH/SIDA ;
  - 2) de décrire l'organisation des services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, y compris les services de laboratoire, l'enregistrement et la notification ainsi que les liens éventuels entre les services de lutte contre la tuberculose et contre le VIH ;
  - 3) d'examiner les possibilités d'améliorer la coordination entre les services de la tuberculose et du VIH/SIDA dans l'établissement visité et dans leur propre pays.
- 

## Méthodes

---

Présentation du site de la visite  
Visite sur le terrain  
Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 15.1: Liste de contrôle pour la visite sur le terrain

---

# Document 15.1:

## Liste de contrôle pour la visite sur le terrain

### a) Services visités

Dispensaire TB/VIH \_\_\_ Dispensaire pour le traitement ARV \_\_\_ Dispensaire pour la tuberculose \_\_\_

Salle de conseil et dépistage volontaires \_\_\_ Service de soins ambulatoires \_\_\_

Laboratoire \_\_\_

Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Les services visités sont-ils disponibles à la fois pour les personnes atteintes de tuberculose et les personnes vivant avec le VIH/SIDA ?

oui \_\_\_ non \_\_\_

Remarques

---

---

### b) Activités conjointes tuberculose/VIH mises en oeuvre

Activité conjointe TB/VIH	Oui	Non	Indications pour les commentaires
<b>Mettre en place les mécanismes de collaboration</b>			A demander pendant la visite
A1. Organe de coordination des activités TB/VIH créé			A quel niveau? Quelle est sa composition? Commentaires:
A2. Surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose réalisée			Est-elle systématiquement réalisée? Les données sont-elles disponibles? Commentaires:
A3. Planification des activités conjointes TB/VIH réalisée			Comment est-elle réalisée? Commentaires:
A4. Suivi et évaluation assurés			Comment sont-ils organisés? Quels sont les indicateurs utilisés? Commentaires:
<b>Réduire la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA</b>			A demander et observer pendant la visite
B1. Dépistage des cas de tuberculose intensifié			Où est-il réalisé? Comment est-il organisé? Quels sont les outils de dépistage utilisés? Commentaires:
B2. Traitement préventif par l'isoniazide mis en place			Où est-il réalisé? Comment est-il organisé? Commentaires:
B3. Maîtrise de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs assurée			Comment est-elle organisée? Commentaires:

<b>Réduire la charge du VIH/SIDA parmi les personnes atteintes de tuberculose</b>		A demander et observer pendant la visite
C1. Conseil et dépistage du VIH assurés		Où sont-ils réalisés? Le dépistage utilise-t-il un test rapide? Existe-t-il un algorithme pour la réalisation du test? Comment le conseil est-il organisé? Commentaires:
C2. Méthodes de prévention du VIH appliquées		Où sont-elles appliquées? Comment sont-elles organisées? Commentaires:
C3. Traitement préventif par le cotrimoxazole mis en place		Où est-il réalisé? Comment est-il organisé? Commentaires:
C4. Soins et soutien aux personnes touchées par le VIH/SIDA assurés		Où sont-ils réalisés? Comment sont-ils organisés? Commentaires:
C5. Traitement antirétroviral mis en place		Où est-il réalisé? Comment est-il organisé? Existe-t-il des directives? Est-il gratuit pour les patients? Quels sont les schémas thérapeutiques utilisés? Quels sont les critères de mise en route du traitement antirétroviral et à quel moment chez les personnes atteintes de tuberculose? Quel est le schéma thérapeutique utilisé chez les personnes atteintes de tuberculose? Le traitement est-il supervisé? Existe-t-il des incitations pour améliorer l'observance? Existe-t-il un mécanisme de transfert des personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH à la fin du traitement antituberculeux? Commentaires:

### c) Questions spécifiques

#### 1) Enregistrement et notification

Existe-il des formulaires et/ou des registres standardisés pour la collaboration entre services de la tuberculose et du VIH/SIDA pour:

Tuberculose/VIH oui\_\_\_ non\_\_\_; Traitement antirétroviral oui\_\_\_ non\_\_\_; Tuberculose oui\_\_\_ non\_\_\_;

Conseil et dépistage volontaires oui\_\_\_ non\_\_\_;

Commentaires:

---



---



---

#### 2) Continuité des soins

Certaines des activités suivantes sont-elles mises en place?

Lien avec les organismes d'aide communautaire oui\_\_\_ non\_\_\_; Activités à domicile oui\_\_\_ non\_\_\_;

Groupes d'entraide oui\_\_\_ non\_\_\_; Participation des organisations non gouvernementales oui\_\_\_ non\_\_\_;

Soutien nutritionnel oui\_\_\_ non\_\_\_;

Commentaires:

---



---



---

### 3) Education sanitaire

Une éducation sanitaire sur la tuberculose et le VIH est-elle fournie aux patients et aux aidants?

oui  non

Existe-t-il des affiches ou des brochures sur la tuberculose et le VIH dans les langues locales?

oui  non

Commentaires:

---

---

---

### d) Résumé de la visite

Points forts	Points faibles
<b>Problèmes identifiés</b>	
<b>Solutions proposées ou recommandées</b>	

# Unité 16: Finalisation individuelle des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

---

## Objectifs

---

A la fin de cette unité, les participants seront capables :

- 1) de revoir le contenu de leur projet de plan de mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH d'après ce qui a été appris dans les unités précédentes ;
  - 2) de compléter le projet de plan pour les activités conjointes TB/VIH.
- 

## Méthodes

---

Travail individuel sur les plans

---

## Matériel

---

Document 2.1: Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (diapositives)

---

# Unité 17: Discussion des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

---

## Objectifs

---

A la fin de cette unité, les participants seront capables :

- 1) d'examiner et de commenter des plans de mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH
  - 2) d'identifier les forces et faiblesses de leur propre projet de plan, à améliorer par la suite.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Présentation de quelques plans  
Discussion générale

---

## Matériel

Document 17.1: Critère d'évaluation des plans

---

# Document 17.1:

## Critères d'évaluation des plans

Les plans seront évalués selon les critères suivants :

- 1) cadre décrivant clairement le contexte des activités proposées ;
- 2) • but  
• objectifs  
• cibles  
clairement énoncés
- 3) activités conjointes TB/VIH correspondant au contexte décrit et basées sur le document *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH (6)*;
- 4) indicateurs pour chaque activité envisagée ;
- 5) informations suivantes pour chaque activité inscrite dans le plan :
  - personne ou organisme responsable
  - description de l'activité
  - produit de l'activité
  - budget trimestriel ;
- 6) Plan construit selon un cheminement logique et tenant compte des points présentés pendant le cours.

# Unité 18: Evaluation du cours

---

## Objectifs

---

A la fin du cours, les participants auront :

- 1) finalisé leur propre plan de mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH ;
  - 2) rempli un questionnaire d'évaluation (formulaire d'évaluation du cours, Document 1.2/18.1) ;
  - 3) présenté par oral une synthèse de leur avis sur le cours.
- 

## Méthodes

---

Travail individuel sur le matériel fourni

---

## Matériel

---

Document 1.2/18.1: Formulaire d'évaluation du cours (voir page 11)

---

# **Annexe 1: La République démocratique de Fictitie, un pays fortement touché par la tuberculose et le VIH**

**Document pour les exercices en groupe et la discussion, cours TB/VIH**

## **Introduction**

La République démocratique de Fictitie est un pays ancien situé dans le sud-est du continent afro-asiatique. Elle possède des frontières avec le Pays A au nord et à l'est et avec le Pays B à l'est et au sud. Sa superficie est de 343 100 km<sup>2</sup>, avec une densité de population de 43,8 habitants/km<sup>2</sup>. D'après l'Agence nationale de statistique du Ministère de l'intérieur, sa population était de 9 188 400 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2002. La population estimée pour 2004 était de 9 653 000 habitants pour l'ensemble du pays et de 987 900 habitants pour South City, la capitale du pays. La langue nationale est le ficticien.

Après avoir obtenu son indépendance au début de 1989, le pays a été confronté à des difficultés économiques et a subi une crise politique et ethnique qui a conduit à une guerre civile à la mi-1989. Le gouvernement n'a pu se concentrer sur les réformes économiques jusqu'à la signature de l'accord général de paix le 17 février 1995. La première élection présidentielle a eu lieu en juin 1997, date considérée comme marquant le début de la phase de reconstruction.

La monnaie utilisée depuis l'indépendance est le FIF (Fictik de Fictitie ; USD 1 = FIF 1960 en juillet 2005). Le produit intérieur brut en 2001 était de USD 260 par habitant (USD 318 en 1998). Selon la Banque mondiale, environ 80 % de la population était considérée comme pauvre en 2002.

## **Organisation du système de santé et infrastructure sanitaire**

Afin de développer un système matériellement et financièrement accessible compte tenu des ressources humaines et financières du pays, la Fictitie a réduit en 1998 son système de santé publique à 59 districts sanitaires desservant les 98 districts administratifs. Le système de santé est structuré en trois niveaux : central, provincial et de district, ce dernier comprenant des centres de soins de santé primaires et un hôpital de district. Il n'existe pas de direction de la santé publique à l'échelon régional. Au niveau du district, il existe 59 départements de santé de district desservant chacun une population d'environ 150 000 personnes. Actuellement, les 59 hôpitaux de district totalisent 3350 lits. Il existe 582 centres de soins de santé primaires (dispensaires) répartis dans tout le pays, dont 65 à South City et 92 dans les villes de province. Environ 124 centres de santé totalisent 808 lits, et 458 centres n'ont pas de lits. Outre les dispensaires, il existe également 759 postes sanitaires, dont le personnel n'est pas payé par le Ministère de la santé. Chaque centre de santé dessert une population d'environ 15 000 personnes. Là où la densité de population est faible et où il existe des barrières géographiques limitant l'accès aux services, les districts peuvent aussi établir

des postes sanitaires plus petits que des centres de santé. Le secteur privé (cliniques, laboratoires, pharmacies et cabinets médicaux) est en expansion rapide, surtout dans les grandes villes. Le plan de couverture sanitaire stipule que les centres de soins de santé primaires doivent assurer le service minimum et les hôpitaux de district et provinciaux les services complémentaires. Les postes sanitaires doivent assurer les services au niveau de la communauté ou certains services de soins de santé primaires, par exemple des vaccinations une fois par semaine. Lors de la mise en place du service minimum, le personnel bénéficie d'une formation puis l'établissement reçoit à intervalles réguliers les médicaments nécessaires. En 2002, environ 48% des centres de santé assuraient un service minimum. Ce chiffre reflète l'ampleur de la tâche lorsqu'il s'agit de réformer un système de santé, et de plus la mise en œuvre de cette réforme a subi quelques retards. En 1998, la liste des médicaments essentiels a été établie et adoptée ; elle est révisée tous les deux ans. La qualité des médicaments est contrôlée par les laboratoires du ministère de la santé. Cependant, les laboratoires actuels ne répondent pas aux normes modernes ni aux règles de bonnes pratiques de fabrication. La plupart des antituberculeux et des antirétroviraux, y compris les associations en proportions fixes, existent sur le marché du secteur privé. La plupart des médicaments sont fournis par l'aide humanitaire. Depuis l'année dernière, le Global Drug Facility (GDF), dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, fournit les antituberculeux pour l'ensemble du pays, sous forme de kits pour les schémas thérapeutiques 1 et 2 et de plaquettes pour le schéma 3.

## **Programme national de lutte contre le VIH/SIDA**

### *Charge de morbidité du VIH/SIDA*

Le VIH/SIDA est récemment devenu un problème de santé publique prioritaire en Fictitie. Le pays est confronté à une augmentation épidémique des cas de SIDA parmi les groupes de population ayant des comportements à risque, par exemple les travailleurs sexuels, et également dans la population générale. On dispose depuis le milieu des années 1980 d'informations sur la séroprévalence du VIH parmi les clientes des dispensaires de soins anténatals. Les taux qui étaient de 1,4% en 1992 sont passés à 12,2% en 2004. La prévalence du VIH parmi les donneurs de sang est passée de 0,3% en 1986 à 7,2% en 2000 et 12,6% en 2004. En 2004, 44% des travailleurs sexuels soumis à un dépistage à South City étaient VIH-positifs de même que 69% de ceux dépistés dans d'autres grandes villes. Au début de l'année 2005, 38% des clients des dispensaires pour les infections sexuellement transmissibles et ayant été soumis à un dépistage dans cinq sites étaient VIH-positifs. D'après une étude récente, 50% des usagers de drogues injectables sont infectés par le VIH. La prévalence enregistrée parmi les personnes atteintes de tuberculose est passée de 2,2% en 1992 à 29% en 2004.

Le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin 2004 était de 310 000 chez les 15–49 ans, dont 140 000 femmes, et de 40 000 chez les 0–15 ans.

Cas de SIDA notifiés :

1987	1988	1993	1994	1999	2000	2002	2003	2004	2005
0	12	150	1985	3895	4962	4879	5796	6086	7543

On estime à 25 000 le nombre de décès dus au SIDA en 2004.

On estime à 100 000 le nombre d'enfants de moins de 15 ans qui se trouvaient orphelins à la fin 2004 (leur père ou leur mère étant morts du SIDA).

Actuellement, le VIH se transmet principalement au cours de rapports hétérosexuels. En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, la syphilis et la gonococcie ont un taux de morbidité assez élevé.

L'héroïne a fait son apparition à South City au milieu des années 1990 et a modifié les pratiques des usagers, qui jusqu'alors étaient surtout des fumeurs d'opium. L'apparition des seringues à usage unique a également modifié les habitudes de partage des seringues. Un programme national de lutte contre les toxicomanies et de réduction des risques a été mis en place à South City en janvier 1998. La facilité d'accès à l'injection de médicaments, d'héroïne ou d'opium est clairement visible dans les grandes villes et, dans une certaine mesure, dans l'ensemble du pays. La facilité d'accès à diverses drogues augmente la polytoxicomanie. La frontière entre le soutien médico-social et la répression n'est toutefois pas claire et les structures de désintoxication et de soutien font défaut.

Environ 50 000 personnes ont besoin d'un traitement antirétroviral et 15 000 d'entre elles à la fois d'un traitement antirétroviral et d'un traitement antituberculeux.

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA et recevant un traitement antirétroviral :

2001	2002	2003	2004
0	300	1100	4100

La proportion de personnes atteintes de tuberculose parmi celles qui reçoivent un traitement antirétroviral est inconnue.

### ***Riposte au VIH/SIDA***

La riposte nationale face à l'épidémie de VIH a été dans un premier temps axée sur la diffusion de l'information, la modification des comportements et la promotion de l'usage du préservatif ainsi que sur les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Malgré l'avènement d'un traitement antirétroviral efficace dans les pays riches dès le milieu des années 1990, l'accès à un tel traitement est resté très limité à cette époque en Fictitie, et lorsqu'il était disponible, le coût à la charge de l'utilisateur dépassait les possibilités du patient moyen. Le programme gouvernemental de traitement antirétroviral de l'adulte a été conçu en 2001 et lancé en janvier 2002, avec la mise à disposition de médicaments et de tests VIH pour 1500 personnes. Le programme de traitement antirétroviral a débuté dans trois hôpitaux nationaux et deux hôpitaux de district. Cinq centres modèles sont maintenant utilisés comme centres d'excellence pour la formation, et 20 centres de district délivrent le traitement antirétroviral. En 2001, la Fictitie a démarré un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant avec deux centres modèles gérés conjointement par le Ministère de la santé et l'UNICEF ; ce programme est maintenant disponible dans 35 centres de district.

Les services nationaux de conseil et dépistage volontaires ont été étendus au-delà de South City : il existe de tels services dans trois hôpitaux nationaux, dans les neuf hôpitaux provinciaux et dans 29 hôpitaux de district. La sécurité transfusionnelle reste une question préoccupante. La prise en charge des infections sexuellement transmissibles exige une intensification des efforts. La Fictitie a fait sienne la

*Déclaration de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH (1)*, qui recommande que le personnel de santé propose en routine un test VIH à toute personne présentant une infection sexuellement transmissible, aux femmes enceintes et dans tout contexte où la prévalence de l'infection à VIH est élevée. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour comprendre quels sont les comportements sexuels qui contribuent à l'épidémie.

### ***Les politiques en matière de traitement antirétroviral***

Le budget alloué par le gouvernement pour l'achat de médicaments est en général basé sur les ressources disponibles, sans tenir compte des besoins réels. Les antirétroviraux ne sont pas enregistrés mais sont utilisés avec l'accord de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique.

Grâce à l'appui du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et de l'United States Agency for International Development, le Ministère de la santé a acheté 1500 doses d'antirétroviraux en 2001 et 5000 doses par an à partir de 2004 (sous forme de comprimés en vrac jusqu'en 2002 et en adoptant les génériques en associations fixes de deux ou trois médicaments en 2003). Le traitement antirétroviral de première intention et le traitement utilisé pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant consistent respectivement en stavudine + lamivudine + névirapine et stavudine + lamivudine + efavirenz, avec les associations fixes suivantes : stavudine 30 mg + lamivudine 150 mg; stavudine 40 mg + lamivudine 150 mg; stavudine 30 mg + lamivudine 150 mg + névirapine 200 mg; stavudine 40 mg + lamivudine 150 mg + névirapine 200 mg; efavirenz 200 mg; névirapine 200 mg. Les médicaments sont stockés dans l'entrepôt central (Central Medical Store), qui les livre directement aux 59 districts de Fictitie 2 à 4 fois par an. L'United States Agency for International Development et le programme VIH/SIDA multipays de la Banque mondiale pour l'Afrique et l'Asie étudient la possibilité de se procurer des antirétroviraux de marque en Inde en 2005 dans le cadre de l'Accord ADPIC (TRIPS) sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce.

Le traitement de première intention utilisé à South City consiste en stavudine + lamivudine + efavirenz avec des médicaments de marque, grâce à l'appui de l'United States Agency for International Development (en quantité limitée). Les patients atteints à la fois de tuberculose et de VIH/SIDA sont admissibles au traitement de première intention et commencent le traitement antituberculeux et le traitement antirétroviral en même temps. En cas d'infection opportuniste, le traitement antirétroviral est différé. Dans les autres sites pilotes et dans le reste du pays, le traitement de première intention consiste en stavudine + lamivudine + névirapine.

Des directives nationales pour le traitement antirétroviral ont été élaborées d'après la classification OMS des stades cliniques de l'infection, les critères cliniques d'admissibilité au traitement et les schémas thérapeutiques de première et deuxième intention. Seuls deux hôpitaux nationaux et un hôpital provincial disposent actuellement du matériel nécessaire pour la numération des CD4. Il est prévu d'inclure la numération des CD4 dans les nouvelles directives de traitement antirétroviral (en préparation).

La stratégie DOTS devrait devenir une composante à part entière du programme de traitement à domicile du VIH/SIDA là où il est disponible. Tout le personnel de soins de santé, qu'il s'agisse du personnel à plein temps des services de lutte contre la tuberculose, du personnel des antennes de lutte contre la tuberculose ou des praticiens

privés, devront être impliqués dans le traitement antirétroviral à prise hebdomadaire sous observation directe.

## **Programme national de lutte contre la tuberculose**

### ***Introduction***

La stratégie DOTS a été appliquée dans des sites pilotes dès 1992 puis progressivement élargie à l'ensemble du pays sur cinq ans. Le premier plan de mise en œuvre (1992–1997) a approuvé la stratégie DOTS et l'a élargie à l'ensemble des hôpitaux de Fictitie. La couverture totale de la population a été atteinte en 1997. Le deuxième plan d'extension de la stratégie DOTS pour 1999–2004 a décentralisé les services de lutte antituberculeuse. Un nouveau plan décennal pour 2005–2015, visant à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 2015 est en préparation, et inclut la stratégie DOTS révisée (avec ses différents aspects : lutte contre la tuberculose et le VIH, problème de la multirésistance aux médicaments, contribution au renforcement du système de santé, participation de tous les prestataires de soins, responsabilisation des patients et des communautés et promotion de la recherche). Les 59 hôpitaux de district, les 9 hôpitaux provinciaux et la plupart des 582 centres de santé actifs appliquent actuellement la stratégie DOTS. Plus de la moitié des centres de santé ont développé des antennes villageoises pour le traitement à domicile des patients atteints de tuberculose et ceux qui sont atteints de VIH/SIDA, en coopération avec les autorités religieuses et les guérisseurs traditionnels. La stratégie DOTS est considérée comme l'une des plus réussies des activités décentralisées et intégrées menées en Fictitie. Ce succès est dû au fait que les fonctions de base (décrites dans la section consacrée aux résultats) sont assurées, comme la planification de la lutte antituberculeuse, son financement, les capacités en ressources humaines y compris la formation et la supervision, l'approvisionnement en médicaments, la fourniture de services, le suivi et l'évaluation, l'information, l'éducation et la communication, et la mobilisation sociale.

Dès le début, le taux de réussite du traitement a dépassé 85% avec le DOTS. Cependant, le taux de dépistage des cas est toujours resté bien inférieur à la cible globale de détection de 70% des cas de tuberculose à frottis positif, adoptée par la Fictitie dans chacun de ses plans quinquennaux.

Le maintien d'un engagement politique en faveur de la lutte antituberculeuse est une priorité en Fictitie, où le Premier Ministre est président du Comité national de lutte contre la tuberculose.

La stratégie nationale pour le secteur de la santé pour 2004–2008 a été élaborée en tenant compte du futur plan de lutte contre la tuberculose et le SIDA. Le traitement antirétroviral doit être étendu à l'ensemble du pays d'ici 2008 dans le cadre de l'initiative élargie « 3 millions d'ici 2005 ».

### ***Lutte contre la tuberculose : description***

La stratégie DOTS fait partie intégrante de l'ensemble minimum de services délivrés par le réseau de soins de santé primaires, lequel comprend tous les établissements publics et plus de 1000 antennes villageoises. Le diagnostic est réalisé en suivant des directives nationales. Deux échantillons d'expectorations sont recueillis pour chaque cas suspect (frottis, culture et antibiogramme dans les provinces entourant quatre grandes villes) et une radiographie pulmonaire est réalisée. Si la tuberculose est

confirmée, les examens sont répétés au bout de 1, 2, 3, 5 et 6 mois et à la fin du traitement.

Un traitement antituberculeux est prescrit à toute personne atteinte de tuberculose, selon les schémas suivants :

- catégorie 1: 2(RHZE)/4(RH) – (rifampicine + isoniazide + pyrazinamide + éthambutol) pendant deux mois puis (rifampicine + isoniazide) pendant quatre mois ;
- catégorie 2: 2S(RHZE)/1(RHZE)/5(RH)<sub>3</sub>E<sub>3</sub> – streptomycine et (rifampicine + isoniazide + pyrazinamide + éthambutol) pendant deux mois, (rifampicine + isoniazide + pyrazinamide + éthambutol) pendant un mois puis (rifampicine + isoniazide) et éthambutol trois fois par semaine pendant cinq mois ;
- catégorie 3: 2(RHZ)/4(RH) – (rifampicine + isoniazide + pyrazinamide) pendant deux mois puis (rifampicine + isoniazide) pendant quatre mois ;
- catégorie 4 pour les cas multirésistants : traitement non standardisé.

Le traitement de catégorie 1 se présente sous la forme d'un kit patient sous plaquette thermoformée contenant des associations fixes de quatre médicaments (150 mg rifampicine + 75 mg isoniazide + 400 mg pyrazinamide + 275 mg éthambutol) et des associations fixes de deux médicaments (150 mg rifampicine + 75 mg isoniazide).

Le traitement de catégorie 2 se présente sous la forme d'un kit patient sous plaquette thermoformée contenant des associations fixes de quatre médicaments (150 mg rifampicine + 75 mg isoniazide + 400 mg pyrazinamide + 275 mg éthambutol), des associations fixes de deux médicaments (150 mg rifampicine + 150 mg isoniazide) et 400 mg d'éthambutol, 60 seringues et des flacons d'eau pour préparations injectables.

Le traitement de catégorie 3 se présente sous la forme d'un kit patient sous plaquette thermoformée contenant des associations fixes de trois médicaments (150 mg rifampicine + 75 mg isoniazide + 400 mg pyrazinamide) et des associations fixes de deux médicaments (150 mg rifampicine + 75 mg isoniazide).

Un traitement contre l'infection tuberculeuse latente est fourni à toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux autres personnes ayant récemment eu une intradermoréaction positive (test de Mantoux) (isoniazide, 5 mg par kg par jour pendant 6–9 mois) chez qui l'examen clinique permet d'exclure une tuberculose active. L'intradermoréaction est réalisée dans les dispensaires antituberculeux et le traitement de l'infection tuberculeuse latente est réalisé dans les dispensaires et aussi dans les services généraux de santé des grandes villes. La principale activité de recherche consiste en une comparaison du traitement de six mois par l'isoniazide et de trois mois par l'isoniazide + moxifloxacine, et un deuxième projet évalue un test à l'interféron gamma pour le diagnostic de l'infection.

L'approvisionnement en médicaments et en fournitures de laboratoire est assuré grâce aux médicaments antituberculeux du Global Drug Facility et les kits de laboratoire ont été achetés avec la subvention du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme reçue en 2002 ; le secteur privé n'est pas concerné. Des formulaires standardisés d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose ont été adoptés à l'échelle du pays. La notification est correcte dans le secteur public mais ne peut fournir de données fiables sur l'activité du secteur privé et du secteur de la médecine traditionnelle. Le développement de la dotation en personnel est une activité

essentielle et permanente, assurée pendant la phase d'expansion de la stratégie DOTS. Les trois quarts de l'équipe de lutte antituberculeuse à tous les niveaux ont été renouvelés depuis le début de la mise en œuvre de la stratégie DOTS. Plus de 250 agents de santé et 250 volontaires de la lutte antituberculeuse dans la communauté sont formés ou suivent un cours de recyclage chaque année. Des postes professionnels à plein temps et à temps partiel ont été créés au niveau central et au niveau du district. Cependant, les ressources humaines consacrées à la lutte contre la tuberculose restent insuffisantes pour faire face à l'augmentation rapide de la charge et de l'activité de la tuberculose. Une supervision spécifique a toujours été assurée et est redevenue la seule activité de supervision reconnue après l'échec de la supervision conjointe et son interruption en 2001. La Fictitie connaît la pire épidémie de tuberculose du continent afro-asiatique, avec 43 500 nouveaux cas de tuberculose estimés chaque année (451 pour 100 000 habitants), dont un nombre estimé de 18 600 nouveaux cas à frottis positif par an (193 pour 100 000 habitants). La mortalité due à la tuberculose représente avec le SIDA une des principales causes de mortalité par maladie infectieuse, avant les épidémies de méningite ou de choléra, et avant le paludisme. Le nombre de cas de tuberculose notifiés a plus que doublé en moins de cinq ans, du fait d'un meilleur accès aux soins et aussi de l'augmentation sans précédent de la charge de tuberculose due à la co-infection par la tuberculose et le VIH. L'importance donnée à la lutte antituberculeuse dans le système de santé actuel s'est considérablement accrue pour faire face à l'augmentation rapide de la charge de tuberculose. La notification des cas à frottis positif a augmenté de 5–10% par an entre 1998 et 2004 et semble s'être un peu stabilisée depuis un ou deux ans. L'incidence des cas notifiés de tuberculose à frottis positif était de 119 pour 100 000 habitants en 2004. La prévalence de la tuberculose multirésistante est en augmentation, avec 5% des nouveaux cas diagnostiqués en 2004. Le taux de réussite du traitement parmi les cas de tuberculose multirésistante est de 50% (60% chez les cas nouvellement diagnostiqués et 40% chez les cas déjà traités auparavant).

**Tableau A1. Notification des cas de tuberculose (2004), issue du traitement (2003) et couverture de la stratégie DOTS (2004) en Fictitie (9 653 000 habitants en 2004)**

Notification des cas de tuberculose, 2004

Nombre estimé de cas de tuberculose	Nombre de cas de tuberculose officiellement notifiés	Nombre estimé de cas à frottis positif	Nombre de cas à frottis positif officiellement notifiés	% de cas à frottis positif détectés par le DOTSA	% de cas à frottis positif détectés par une autre méthode que le DOTS	% de cas à frottis positif détectés
43 500	14 542	18 631	11 488	62%	0%	62%

<sup>a</sup>Taux de détection par le DOTS

### Issue du traitement par le DOTS, 2003

Cas enregistrés (nouveaux cas à frottis positif)	Guéris	Traitement suivi jusqu'au bout	Abandons	Echec du traitement	Décédés	Transférés dans un autre établissement	% non évalués
10 898	85,3%	0,4%	1,5%	4,7%	7,4%	0,7%	0,0%
	Traitement réussi : 85,7%						

### Couverture de la stratégie DOTS

% de la population couvert par le DOTS en 2004 <sup>a</sup>	Nombre de nouveaux districts ayant adopté le DOTS en 2004	Nombre total et % de districts ayant appliqué le DOTS en 2004	Nombre total et % d'établissements de santé ayant appliqué le DOTS en 2004	Budget national de la lutte antituberculeuse (par habitant)
100%	0	59/59 (100%)	59 hôpitaux de district + 5 services VIH	USD 0,25

<sup>a</sup>D'après *WHO report 2002: global tuberculosis control – surveillance, planning, financing* (Genève, OMS).

### Co-infection par la tuberculose et le VIH

Le conseil et le test de dépistage du VIH chez les cas de tuberculose à l'initiative des agents de santé sont délivrés conjointement dans 50% des services de lutte antituberculeuse dans 28 districts. Les 28 districts fournissent un traitement préventif par le cotrimoxazole aux patients atteints de VIH/SIDA et de tuberculose, et des services intégrés de traitement antituberculeux et antirétroviral ont été mis en place en 2004 dans trois sites pilotes. Toute personne atteinte de tuberculose se voit proposer un test rapide de dépistage du VIH lors d'une brève séance de conseil assurée par les services de conseil rapide avant et après dépistage dans les centres de conseil et test VIH, lorsque le test n'est pas disponible dans les services de lutte antituberculeuse. Les taux d'acceptation du test VIH vont de 50% à 98%. Sur le site 1, les critères d'admissibilité au traitement antirétroviral sont basés sur la numération des CD4 (moins de 350 par mm<sup>3</sup>) et sur la charge virale, et le traitement de première intention consiste en stavudine + lamivudine + efavirenz avec des médicaments de marque. Les personnes atteintes de tuberculose et de VIH/SIDA admissibles au traitement commencent le traitement antituberculeux et antirétroviral deux à quatre semaines plus tard. En cas d'infection opportuniste, le traitement antirétroviral est différé. Le nombre de CD4 est contrôlé à deux reprises au cours de la première année de traitement. Le traitement de deuxième intention n'est pas standardisé et repose souvent sur les antirétroviraux disponibles. En 2004, 10 patients tuberculeux ont commencé un traitement antirétroviral sur le site 1 avec l'association stavudine + lamivudine + névirapine en raison d'une pénurie d'efavirenz. Des pénuries de tests VIH rapides se sont produites à deux reprises en 2004, une fois pendant deux semaines et une fois pendant six semaines. Sur les sites 2 et 3, l'admission au traitement repose sur la classification clinique du cas, et le traitement de première intention consiste en stavudine + lamivudine + névirapine avec 5% de stavudine + lamivudine + efavirenz pour les femmes enceintes et les personnes présentant des effets secondaires. Le

traitement antirétroviral est fourni dans les dispensaires antituberculeux au bout de 10 semaines. Le nombre de CD4 n'est pas contrôlé et la notification des cas n'est pas standardisée. Le transfert ultérieur des personnes atteintes de tuberculose et de VIH/SIDA vers les services spécialisés dans le VIH ou les dispensaires de soins de santé primaires une fois le traitement antituberculeux achevé est en discussion. Le dépistage de la tuberculose est réalisé dans tous les services VIH dans 20 districts, dans la plupart des 30 centres de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et dans certains centres de conseil et dépistage volontaires. L'enregistrement du VIH n'est pas standardisé et le nombre de personnes chez qui on suspecte une tuberculose et transférées vers un autre service n'est pas connu. Le traitement préventif par l'isoniazide serait proposé dans tous les services VIH et centres de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais on ne dispose que de peu d'informations à ce sujet. Cinq services VIH fournissent le traitement DOTS en collaboration étroite avec le service de lutte antituberculeuse le plus proche.

### *Soutien financier national*

Le coût du plan révisé de lutte contre le VIH/SIDA, y compris les soins complets, est estimé à USD 217 millions pour 2003–2008. La Fictitie a réussi à mobiliser des ressources pour la lutte contre le VIH/SIDA. Le budget ordinaire alloué à ces activités était de USD 5,6 millions en 2004 et USD 9,6 millions en 2005 (soit 2% du budget du Ministère de la santé). En 2003, un accord a été conclu avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour une subvention d'un montant de USD 36 millions sur les cinq prochaines années. Par le biais de son programme multipays de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique et en Asie, la Banque mondiale a également approuvé une subvention s'élevant à USD 25 millions sur quatre ans. Cependant, avec l'augmentation de la charge épidémique et en particulier la nécessité de faire face à un nombre croissant de personnes VIH-positives, un appui extérieur supplémentaire est encore indispensable. Le tableau ci-dessous décrit le plan financier pour 2004–2005 (en millions de dollars des Etats-Unis d'Amérique) :

### **Budget de la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose en millions de dollars des Etats-Unis d'Amérique (USD)**

<b>Poste</b>	<b>Fonds mondial 2004–2007</b>	<b>Budget national</b>	<b>Programme multipays de la Banque mondiale pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA en Afrique et en Asie</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
1. Personnel : national, assistance technique	2,0	10,8	2,0	0,8	15,6
2. Laboratoire, laboratoire de référence, équipement et maintenance	2,5	0,5	0,0	0,5	3,5
3. Médicaments (y compris les coûts de distribution)	11,0	0,0	13,0	0,0	24,0

4. Soutien psychosocial	5,5	0,2	0	1,0	6,7
5. Gestion du programme et des cas : supervision, transport, maintenance, enregistrement et notification, (à l'exclusion des coûts de personnel couverts par le poste 1 et des coûts de laboratoire couverts par le poste 2)	6,0	0,0	1,5	0,0	7,5
6. Formation, y compris bourses, conférences et réunions	1,2	0,0	2,5	0,0	3,7
7. Prévention (à l'exclusion des postes déjà mentionnés ci-dessus)	1,8	0,0	2,0	0,0	3,8
8. Coûts de fonctionnement des installations spécialisées : matériel de bureau, bâtiments et maintenance (à l'exclusion des coûts de personnel inclus dans le poste 1 et des coûts mentionnés ci-dessus)	4,0	0,7	3,0	0,0	7,7
9. Surveillance et recherche (à l'exclusion des coûts mentionnés ci-dessus)	2,0	0,0	1,0	0,5	3,5
10. Divers	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
<b>Total</b>	<b>36,0</b>	<b>13,2</b>	<b>25,0</b>	<b>2,8</b>	<b>77,0</b>

### Les problèmes à prévoir

Parmi les problèmes qui pourraient survenir figurent la surcharge de travail des services de lutte antituberculeuse et de lutte contre le VIH, une décentralisation insuffisante et un faible engagement de la communauté, les cas tardifs et en proportion variable de patients tuberculeux soumis à un test de dépistage du VIH, un approvisionnement irrégulier en tests de dépistage du VIH, le retard de l'accès au traitement antirétroviral pour les patients atteints de tuberculose et VIH-positifs, l'absence de stratégie pour poursuivre le traitement antirétroviral dans un autre établissement après l'achèvement du traitement antituberculeux, et le manque d'équipement de numération des CD4 dans les services antituberculeux.

En ce qui concerne le VIH, les problèmes pourraient résider dans l'absence d'enregistrement standardisé des cas, l'absence de supervision, la gestion des approvisionnements, l'accès à l'efavirenz, la mise en œuvre peu claire du traitement préventif par l'isoniazide et de l'intensification de la recherche des cas, la faible observance du traitement antirétroviral, la qualité inconnue du traitement antirétroviral, l'insuffisance du traitement antirétroviral dans le secteur privé et le niveau inconnu de multirésistance du VIH (atteignant 1% sur l'ensemble du pays) et de la tuberculose aux médicaments.

## Annexe 2. Abréviations

AAI	Initiative pour l'accès accéléré au traitement antirétroviral
AMDS	Service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA
ARV	antirétroviral
CDV	conseil et dépistage volontaires
CMS	magasin central
DOT	traitement sous surveillance directe
DOTS	stratégie recommandée par l'OMS pour lutter contre la tuberculose
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GDF	(Global Drug Facility) Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux
HAART	traitement antirétroviral hautement actif
IEC	information, éducation et communication
IMAI	Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte
IMCI	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
IST	infection sexuellement transmissible
NNRTI	inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse
NsRTI	inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse
NtRTI	inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PI	inhibiteur de protéase
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PTME	prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SS-	cas à frottis d'expectorations négatif (cas à frottis négatif)
SS+	cas à frottis d'expectorations positif (cas à frottis positif)
TB	tuberculose
TME	transmission du VIH de la mère à l'enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine



