

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

**Cours de formation pour  
responsables nationaux et  
subnationaux**

---

**Manuel du participant**

---



**Organisation  
mondiale de la Santé**

## **© Organisation mondiale de la Santé 2005**

Tous droits réservés.

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

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

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

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

## **Cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux**

### **Manuel du participant**

**Organisation Mondiale de la Santé  
2005**

## ***Remerciements***

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

Ont également apporté une contribution technique :

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

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

# Sommaire

|                                                                                                                                                                 | Pages |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| But et objectifs du cours.....                                                                                                                                  | 5     |
| Unité 1: Présentation du cours.....                                                                                                                             | 6     |
| Documents de travail .....                                                                                                                                      | 7     |
| Unité 2: Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités<br>conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH .....                                   | 15    |
| Unité 3: Epidémiologie.....                                                                                                                                     | 21    |
| Unité 4: Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA.....                                                                                        | 37    |
| Unité 5, partie 1: La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose .....                                                                                       | 50    |
| Unité 5, partie 2: Prise en charge clinique de la tuberculose .....                                                                                             | 55    |
| Unité 6, partie 1: Accès universel au traitement antirétroviral.....                                                                                            | 61    |
| Unité 6, partie 2: Prise en charge clinique du VIH/SIDA .....                                                                                                   | 66    |
| Unité 7: Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et<br>le VIH/SIDA.....                                                                     | 75    |
| Unité 8: La politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte<br>contre la tuberculose et le VIH.....                                             | 80    |
| Unité 9: Enregistrement et notification en vue de la mise en œuvre<br>des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.....                    | 86    |
| Unité 10: Surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes<br>atteintes de tuberculose .....                                                            | 93    |
| Unité 11: Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre<br>des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH .....                | 98    |
| Unité 12: Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes<br>de lutte contre la tuberculose et le VIH .....                                    | 108   |
| Unité 13: Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise<br>en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose<br>et le VIH..... | 116   |
| Unité 14: Etude de cas sur la fourniture de services de lutte contre<br>la tuberculose et le VIH/SIDA – l'exemple du Malawi.....                                | 128   |

|                                                                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Unité 15: Visite sur le terrain dans un établissement de santé local<br>fournissant des services de prévention, de diagnostic et<br>de traitement de la tuberculose et du VIH/SIDA ..... | 135 |
| Unité 16: Finalisation individuelle des plans de mise en œuvre<br>des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH .....                                                | 139 |
| Unité 17: Discussion des plans de mise en œuvre des activités conjointes<br>de lutte contre la tuberculose et le VIH .....                                                               | 140 |
| Unité 18: Evaluation du cours .....                                                                                                                                                      | 142 |
| Annexe 1: La République démocratique de Fictitie, un pays<br>fortement touché par la tuberculose et le VIH .....                                                                         | 143 |
| Annexe 2. Abréviations .....                                                                                                                                                             | 154 |

# But et objectifs du cours

---

## But du cours

Le but général de ce cours de formation est de compléter et renforcer les compétences requises pour planifier et mettre en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH basées sur les stratégies de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA recommandées par l'OMS.

---

## Objectifs

---

A la fin du cours, les participants seront capables :

- 1) d'analyser les données disponibles sur les éléments clés des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH/SIDA :
    - a. planification et gestion
    - b. épidémiologie
    - c. surveillance
    - d. suivi et évaluation
    - e. gestion des médicaments
    - f. fourniture de services
    - g. développement des ressources humaines
    - h. budget et financement
    - i. coordination des partenaires, collecte de fonds et sensibilisation ;
  - 2) d'identifier les lacunes et les priorités de la collaboration entre activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH et de proposer des solutions pour faciliter la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH ;
  - 3) de préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH.
-

# Unité 1: Présentation du cours

---

## Objectifs

---

1. Donner aux participants un aperçu du cours et de ses objectifs
  2. Présenter les participants et les facilitateurs
  3. Décrire les méthodes de travail et le matériel qui sera utilisé pendant le cours
  4. Expliquer comment le cours sera évalué par les participants
  5. Donner le ton de l'atelier : informel, participatif et pratique
- 

## Méthodes

---

Séance de présentation des participants et des facilitateurs  
Exposé devant l'ensemble des participants: Présentation du cours  
Questions et réponses

---

## Matériel

---

Document 1.1: Présentation du cours (diapositives)  
Document 1.2: Formulaire d'évaluation du cours

---

# Documents de travail

---

## Bibliographie

---

1. *Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH*. Genève, ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé, 2004.
2. *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique – Révision 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
3. *TB/VIH : manuel clinique*. 2<sup>e</sup> éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.329).
4. *Prise en charge intégrée de la maladie chez l'adolescent et l'adulte : directives provisoires pour le personnel de santé de premier niveau*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.1 à 4).
5. *Participant manual for the WHO basic ART clinical training course*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HIV/2004.13).
6. *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1).
7. *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319; WHO/HIV/2003.01).
8. *Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/HIV : halte à la tuberculose et au VIH/SIDA*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/CDS/TB/2002.296; WHO/HIV\_AIDS/2002.2).
9. *Directives pour la surveillance du VIH chez les malades tuberculeux*. Deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.339; WHO/HIV/2004.06; UNAIDS/04.30E).
10. *Management of tuberculosis – training for health facility staff*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.313).
11. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.342; WHO/HIV/2004.09).

12. TB-HIV Technical Working Group, Malawi. *Three year development plan for the implementation of joint TB and HIV services in Malawi*. Lilongwe, Ministry of Health, National TB Programme.

Les publications de l’OMS peuvent être obtenues en version papier sur demande adressée à l’OMS et en version électronique aux adresses suivantes :

<http://who.int/tb/publications/en>  
<http://who.int/hiv/pub>  
<http://who.int/tb/hiv/en>  
[http://stoptb.org/wg/tb\\_hiv/documents.asp](http://stoptb.org/wg/tb_hiv/documents.asp)  
<http://unaids.org>

# Document 1.1

## Présentation du cours

Document No. 1.1



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

- Donner aux participants une vue d'ensemble du cours et de ses objectifs
- Présenter les participants et les facilitateurs
- Décrire les méthodes de travail et le matériel qui sera utilisé pendant les ateliers
- Présenter les compétences des participants et leurs objectifs d'apprentissage
- Donner le ton de l'atelier: informel, participatif et pratique

2

## But du cours

Le but général du cours est de compléter et renforcer les compétences requises pour planifier et mettre en oeuvre les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH basées sur les stratégies de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA recommandées par l'OMS

3

## Objectifs du cours – 1

- Analyser les données disponibles sur les éléments clés de la planification et de la gestion des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH/SIDA:
  - épidémiologie
  - surveillance
  - suivi et évaluation
  - gestion des médicaments
  - fourniture de services
  - développement des ressources humaines
  - budget et financement
  - coordination des partenaires, collecte de fonds et sensibilisation

4

## Objectifs du cours – 2

- Identifier les lacunes et les priorités de la collaboration entre activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH et proposer des solutions pour faciliter la mise en oeuvre des activités conjointes tuberculose/VIH
- Préparer un plan de mise en oeuvre des activités conjointes tuberculose/VIH

5

## Organisation du cours

- Interactif
- Basé sur des exercices, des expériences et sur la résolution de problèmes
- Progression logique jusqu'à l'établissement du plan

6

### Matériel utilisé pendant le cours

- Manuel du participant, y compris:
  - Document de référence sur la Fictitie, un pays touché par la tuberculose et le VIH
  - Formulaire d'évaluation du cours
  - Exercices
  - Exposés et diapositives
  - Autres documents de référence
- Modèle de plan
- Emploi du temps

7

### Carte de la Fictitie, un pays touché par la tuberculose et le VIH



8

### Evaluation du cours

- Les participants évaluent le cours en remplissant le formulaire d'évaluation
- Les facilitateurs évaluent les plans préparés par les participants

9

### Document No. 1.2/18.1: Formulaire d'évaluation du cours

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

Veuillez noter l'utilité de chaque unité du cours pour développer les compétences nécessaires à un responsable des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH :

| Unité du cours                                                                                                          | Très utile | Utile | Assez utile | Pas utile |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|-------------|-----------|
| Unité 1:<br>Présentation du cours                                                                                       |            |       |             |           |
| Unité 2:<br>Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH |            |       |             |           |
| Unité 3:<br>Epidémiologie                                                                                               |            |       |             |           |
| Unité 4:<br>Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA                                                  |            |       |             |           |
| Unités 5, 6, 7...                                                                                                       |            |       |             |           |

A remplir chaque jour s.v.p.

10

# Document 1.2/18.1:

## Formulaire d'évaluation du cours

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

1. Veuillez noter la qualité du cours de formation en cochant la réponse appropriée :

|                                                                                                      | Excellent | Bon | Passable | Insuffisant |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|----------|-------------|
| Ensemble du cours                                                                                    |           |     |          |             |
| Réponse à vos besoins en tant que responsable des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH |           |     |          |             |
| Exposés et présentations                                                                             |           |     |          |             |
| Jeux                                                                                                 |           |     |          |             |
| Exercices                                                                                            |           |     |          |             |
| Matériels de formation                                                                               |           |     |          |             |
| Logement                                                                                             |           |     |          |             |
| Repas                                                                                                |           |     |          |             |
| Transport                                                                                            |           |     |          |             |
| Activités psychosociales                                                                             |           |     |          |             |
| Appui administratif avant le cours                                                                   |           |     |          |             |
| Appui administratif pendant le cours                                                                 |           |     |          |             |
| Lieu du cours                                                                                        |           |     |          |             |

#### Remarques:

---

---

---

2. Qu'avez-vous le mieux aimé dans le cours ?

---

---

---

3. Qu'avez-vous le moins aimé dans le cours ?

---

---

---

4. Faudrait-il inclure autre chose dans de futurs cours destinés aux responsables des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH ?

---



---



---

5. Faudrait-il supprimer quelque chose dans de futurs cours ?

---



---



---

6. Veuillez noter l'utilité de chaque unité du cours pour développer les compétences nécessaires à un responsable des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH :

| Unité du cours                                                                                                                 | Très utile | Utile | Assez utile | Pas utile |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|-------------|-----------|
| <b>Unité 1:</b><br>Présentation du cours                                                                                       |            |       |             |           |
| <b>Unité 2:</b><br>Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH |            |       |             |           |
| <b>Unité 3:</b><br>Epidémiologie                                                                                               |            |       |             |           |
| <b>Unité 4:</b><br>Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA                                                  |            |       |             |           |
| <b>Unité 5, partie 1:</b><br>La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose                                                  |            |       |             |           |
| <b>Unité 5, partie 2:</b><br>Prise en charge clinique de la tuberculose                                                        |            |       |             |           |
| <b>Unité 6, partie 1:</b><br>Accès universel au traitement antirétroviral                                                      |            |       |             |           |
| <b>Unité 6, partie 2:</b><br>Prise en charge clinique du VIH/SIDA                                                              |            |       |             |           |
| <b>Unité 7:</b><br>Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA                                  |            |       |             |           |

|                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Unité 8:</b><br>La politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH                                                |  |  |  |  |
| <b>Unité 9:</b><br>Enregistrement et notification en vue de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH                       |  |  |  |  |
| <b>Unité 10:</b><br>Surveillance de la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose                                                                 |  |  |  |  |
| <b>Unité 11:</b><br>Développement des ressources humaines pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH                    |  |  |  |  |
| <b>Unité 12:</b><br>Suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH                                        |  |  |  |  |
| <b>Unité 13:</b><br>Détermination des coûts et établissement du budget pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH       |  |  |  |  |
| <b>Unité 14:</b><br>Etude de cas sur la fourniture des services de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA – l'exemple du Malawi                                  |  |  |  |  |
| <b>Unité 15:</b><br>Visite d'un établissement de santé local fournissant des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose et du VIH/SIDA |  |  |  |  |

|                                                                                                                                            |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Unité 16:</b><br>Finalisation individuelle des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH |  |  |  |  |
| <b>Unité 17:</b><br>Discussion des plans de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH                |  |  |  |  |
| <b>Unité 18:</b><br>Evaluation du cours                                                                                                    |  |  |  |  |

7. Utilisez l'espace ci-dessous pour compléter vos réponses et/ou indiquer toute suggestion susceptible d'améliorer le cours.

---



---



---



---

**Merci !**

# Unité 2: Comment préparer un plan 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'expliquer l'importance de l'élaboration d'un plan national de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH ;
- 2) De présenter la structure et d'énumérer les éléments d'un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH ;
- 3) De préparer un plan, en suivant les sujets abordés et les unités présentées pendant le cours.

---

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants : Comment préparer un plan de mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Discussion générale

---

## Matériel

---

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

Document 2.2: Modèle de plan (fichier)

---

# Document 2.1:

## Comment préparer un plan

Document No. 2.1



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

- Expliquer l'importance de l'élaboration d'un plan national de mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH
- Présenter la structure et énumérer les éléments d'un plan de mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH
- Préparer un plan, en suivant les sujets abordés et les unités présentées pendant le cours

1

## Aperçu de la présentation

Contexte du plan

Les questions à se poser

Contenu du plan

Préparation du plan

Présentation du plan

Suivi

1

## Contexte du plan

- Préparer un plan d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH dans le cadre de la formation des responsables
- Dans l'esprit de la collaboration entre activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA
- En suivant les politiques, plans et directives nationaux ou régionaux existants
- Axé sur des mesures concrètes
- Individuel, collectif, réaliste et constructif
- Contenant une série d'éléments de base
- Servant de base pour les activités de suivi et d'appui

1

## Les questions à se poser – 1



5

## Les questions à se poser – 2

### Que planifier ?

La mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

### Pourquoi planifier ?

Pour utiliser efficacement les ressources disponibles

### Quand planifier ?

Dès maintenant

### Comment faire ?

Comme on va le voir ...

6

## Contenu du plan

1. Cadre du plan
2. But, objectifs et cibles
3. Activités
4. Ressources et partenaires
5. Suivi et évaluation
6. Budget

1

## 1. Cadre du plan (en bref)

Contexte  
Situation récente et situation actuelle  
Données utiles  
Acteurs  
Mesures déjà prises

1

## 2. But, objectifs et cibles

But – Globalement, où nous voulons aller

Objectifs – Ce que nous voulons faire en particulier

Cibles – Les chiffres que nous voulons atteindre, et à quelle date

9

## 3. Activités

Série d'actions à accomplir ou de mesures à prendre pour atteindre les objectifs proposés

Dans le cas de la tuberculose et du VIH...

10

# Activités conjointes tuberculose/VIH

### Mettre en place les mécanismes de collaboration

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

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

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

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

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

11

## 4. Ressources et partenaires

Ressources – Système de santé et son infrastructure, ressources en personnel qualifié, médicaments, technologie et sources de financement

Partenaires – Services de la tuberculose, du VIH, de la tuberculose/VIH et groupes nationaux, internationaux, officiels, privés, civils et communautaires

1

## 5. Suivi et évaluation

Suivi: action de suivre en routine les activités en cours

Evaluation: examen périodique des résultats

Ces deux activités utilisent des indicateurs clés

13

## 6. Budget

Déterminer le montant nécessaire pour chaque activité pendant une période limitée (en général un an).

Il est utile de préciser les montants par catégories, par exemple voyages, salaires, formation, médicaments et supervision.

1

### Préparation du plan – 1

- Commencez votre plan dès le premier jour.
- A mesure que le cours avance, notez bien la façon dont les différents sujets abordés s'inscrivent dans votre participation actuelle ou future aux activités conjointes tuberculose/VIH.
- Echangez constamment vos vues avec les autres participants de votre pays sur la façon de compléter et d'intégrer votre plan.

15

### Préparation du plan – 2

- Intégrez les points clés dans votre plan chaque jour.
- Organisez vos activités par trimestre pour la première année et indiquez les activités qui pourraient être réalisées l'année suivante.
- Pour commencer votre plan, utilisez le modèle qui vous est fourni.

16

## Modèle de plan

| Plan de lutte contre la tuberculose et le VIH pour l'année:                                                                             |                                                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------|
| Pays                                                                                                                                    |                                                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                        |
| Responsable                                                                                                                             |                                                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                        |
| Monnaie                                                                                                                                 | USD                                                                                                                                        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                        |
| Objectifs                                                                                                                               | Activités principales et indicateurs                                                                                                       | Année 1                                                                                             |                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                        |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                            | Responsable                                                                                         | Description et produit                                                                                                                                             | Budget | Description et produit                                                                                                                                                                                                                                    | Budget | Description et produit                                                 |
| Exemple: Objectif 1: Renforcer les mécanismes de collaboration entre les activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA | Activité 1.1: Préparation d'un plan conjoint de lutte contre la tuberculose et le VIH. Indicateur: Existence d'une planification conjointe | Programme national de lutte contre la tuberculose et programme national de lutte contre le VIH/SIDA | Tenue de deux réunions préparatoires et d'un atelier d'une journée pour la planification des activités conjointes tuberculose/VIH. Produit: Projet de plan préparé | XXXXXX | Faire circuler le projet de plan parmi les membres des organismes de lutte contre la tuberculose et le VIH et autres personnes concernées pour observations, préparer la version finale et obtenir l'approbation officielle. Produit: Plan final approuvé | XXXXXX | Publication et distribution du plan. Produit: Plan publié et distribué |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                        |
|                                                                                                                                         |                                                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                                                        |

17

### Préparation du plan – 3

- Demandez de l'aide si vous avez des doutes.
- Commencez à finaliser votre plan vers la fin de la semaine.
- A la fin du cours, donnez une version électronique et une copie papier de votre plan au directeur du cours.

18

### Présentation du plan

- Tous les participants doivent être prêts à présenter leur plan le dernier jour du cours.
- Les facilitateurs choisiront les deux plans (ou plus) qui seront présentés.
- Le nom des personnes qui présenteront leur plan sera annoncé en milieu de matinée le dernier jour.
- Les autres participants analyseront et commenteront les plans présentés.

19

## Document 2.2: Modèle de plan

[illegible]

# Unité 3: Epidémiologie

---

## Objectifs

---

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

- 1) de décrire l'épidémiologie de la tuberculose, du VIH/SIDA et de la co-infection tuberculose/VIH aux niveaux mondial, régional et national ;
  - 2) d'expliquer les répercussions de la situation épidémiologique sur l'élaboration des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau du pays (priorités, mécanismes, étapes et procédures).
- 

## Méthodes

---

Exposés devant l'ensemble des participants : Epidémiologie de la tuberculose, du VIH/SIDA et de la co-infection tuberculose/VIH  
Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 3.1: Epidémiologie de la tuberculose (diapositives)  
Document 3.2: Epidémiologie du VIH/SIDA (diapositives)  
Document 3.3: Epidémiologie de la co-infection tuberculose/VIH (diapositives)

---

# Document 3.1:

## Epidémiologie de la tuberculose

Document No. 3.1

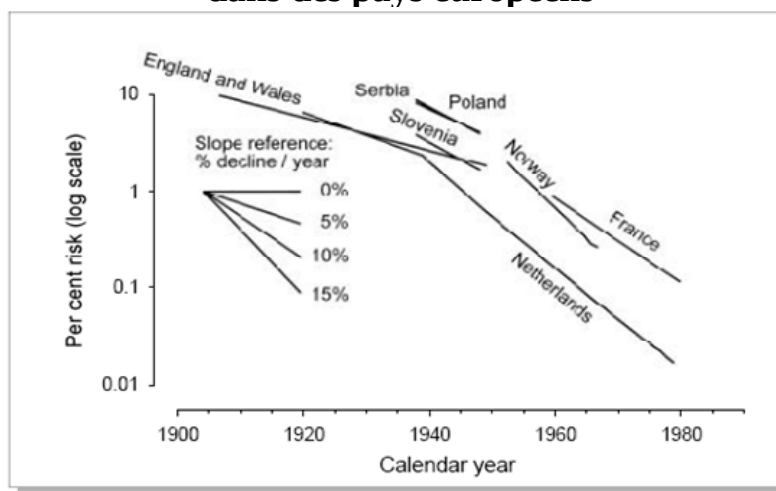


Gestion des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH: cours de formation pour responsables nationaux et subnationaux

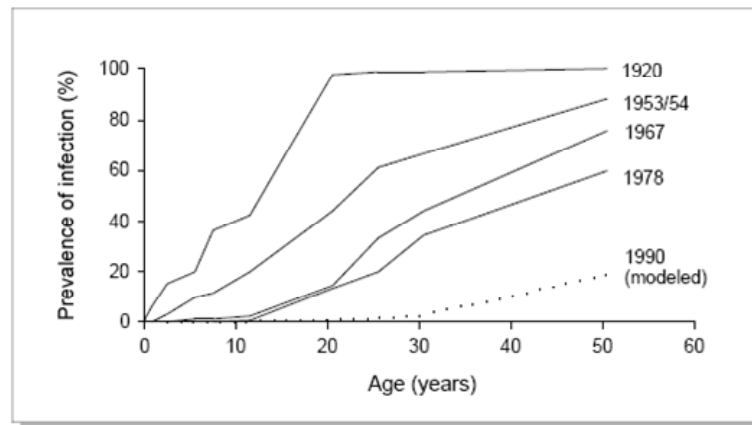
## Objectifs de la présentation

- Décrire l'épidémiologie de la tuberculose aux niveaux mondial, régional et national
- Expliquer les répercussions de la situation épidémiologique sur l'élaboration des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau des pays (priorités, mécanismes, étapes et procédures)

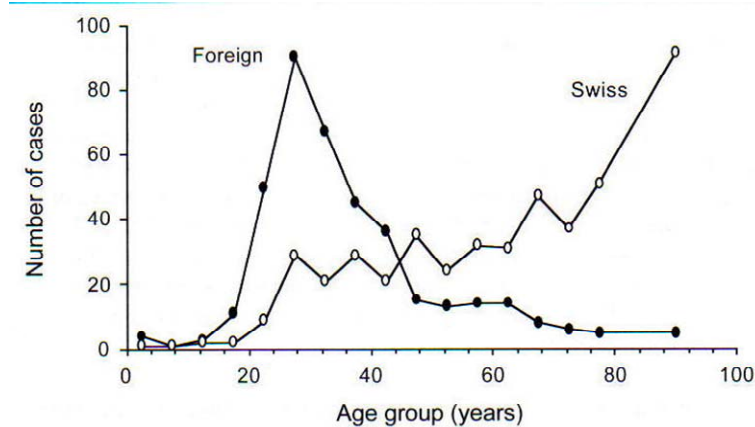
## Risque d'infection tuberculeuse dans des pays européens



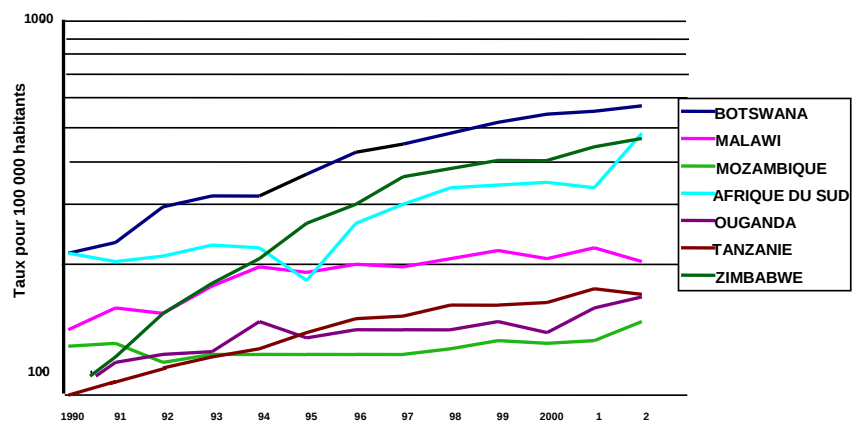
## Prévalence de l'infection tuberculeuse par âge en Suisse, 1920–1990



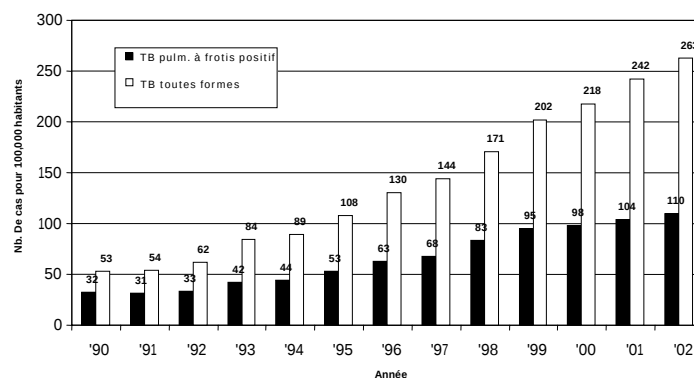
## Cas de tuberculose rapportés en Suisse par âge, 1990



### Incidence rapportée de la tuberculose dans des pays d'Afrique, 1990–2002



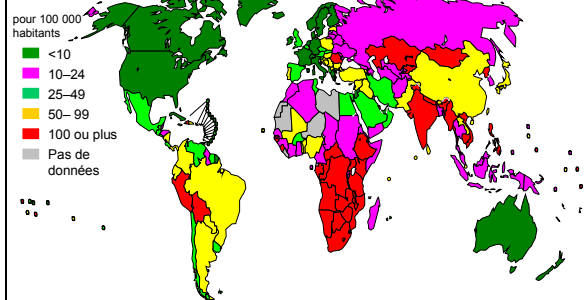
### Notification des cas de tuberculose (TB) à frottis positif et de toutes formes au Kenya, 1990–2002



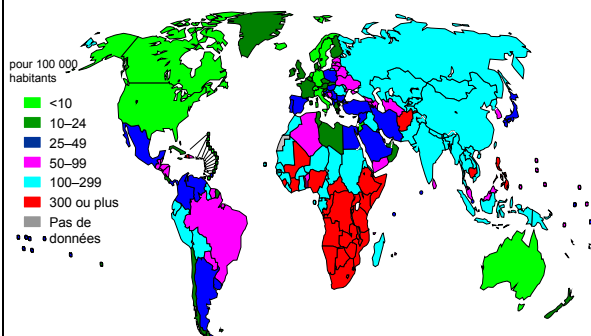
## Epidémiologie mondiale de la tuberculose

- Un tiers de la population mondiale touché par l'infection
- Plus de 8,8 millions de nouveaux cas chaque année (141 pour 100 000 habitants)
- Plus de 2 millions de décès par an
- Plus de 95% des cas et des décès surviennent dans des pays en développement
  - 75% des cas chez les 15–54 ans
  - Coûts économiques dévastateurs
  - Plus de 1 million de décès dus à la co-infection tuberculose/VIH
  - La tuberculose multirésistante sévit partout

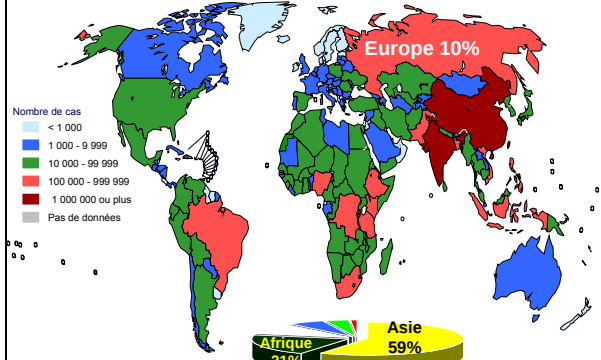
## Taux mondiaux de notification de la tuberculose, 2002



## 2002: les plus forts taux estimés de tuberculose par habitant se situaient en Afrique

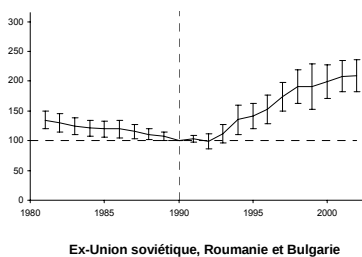
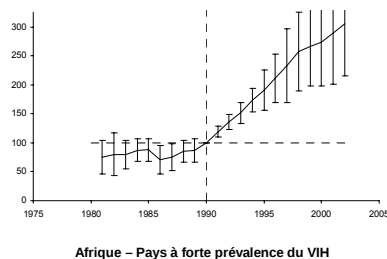
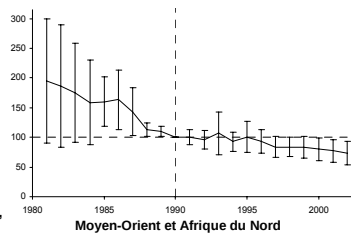
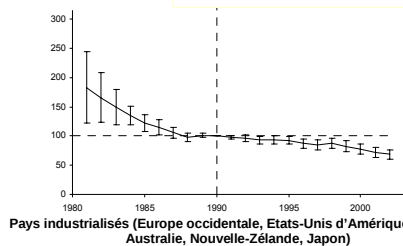


## 2002: la plupart des cas de tuberculose se situaient en Inde et en Chine

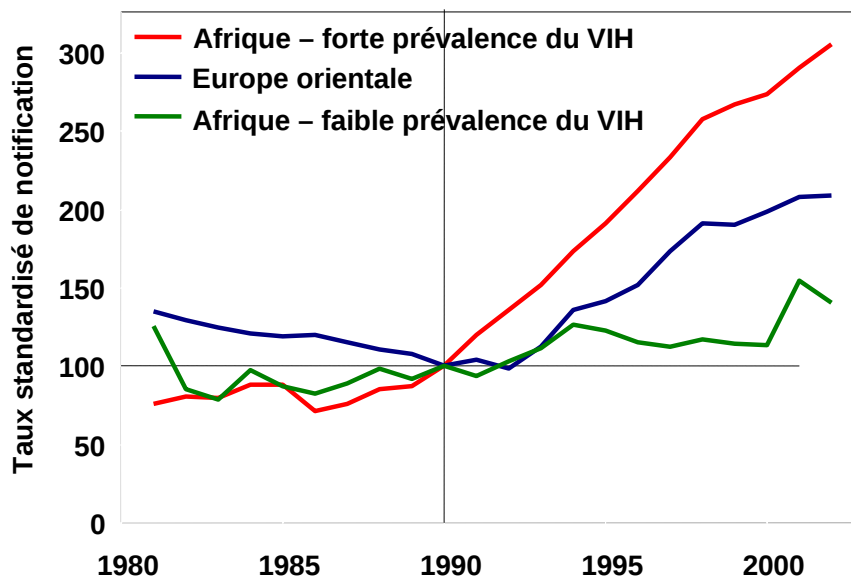


## Tendance des taux de notification dans quatre autres régions: baisses et hausses

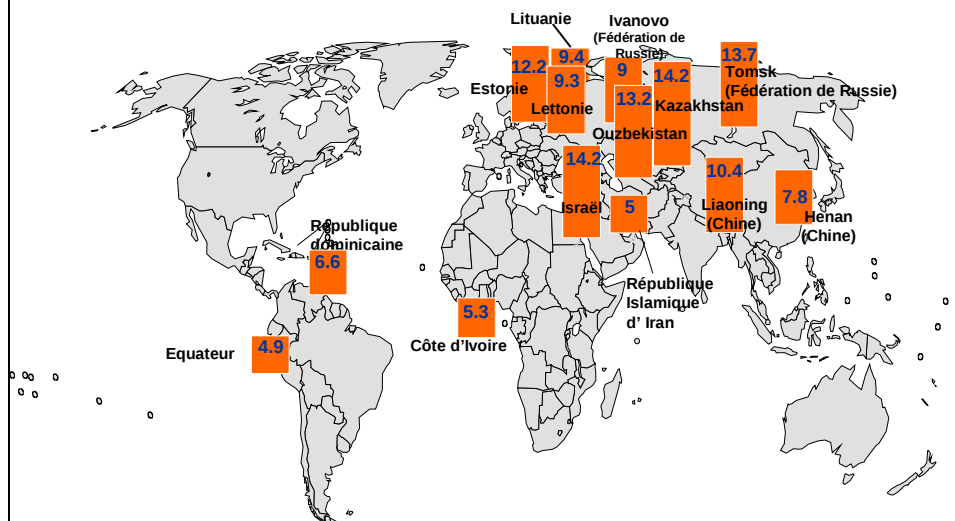
Global Tuberculosis Control. WHO Report 2003. WHO/HTM/TB/2004.331



## Progression de la tuberculose en Afrique et en Europe orientale



## Prévalence de la tuberculose multirésistante (MDR-TB) parmi les nouveaux cas: 1994–2003 La MDR-TB est répandue en ex-Union soviétique et en Chine



Source: WHO/IUATLD Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance. *Anti-tuberculosis drug resistance in the world*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

# Document 3.2:

## Epidémiologie du VIH/SIDA

Document No. 3.2



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

1

## Objectifs de la présentation

- Décrire l'épidémiologie du VIH/SIDA aux niveaux mondial, régional et national
- Expliquer les répercussions de la situation épidémiologique sur l'élaboration des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau des pays (priorités, mécanismes, étapes et procédures)

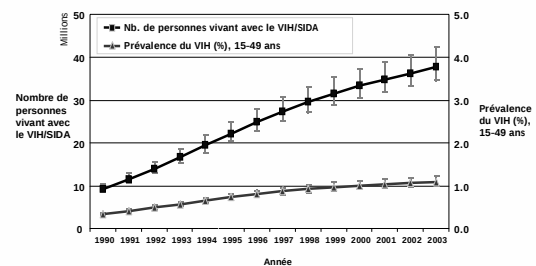
2

## Estimations mondiales chez l'adulte et l'enfant, fin 2003

- Personnes vivant avec le VIH 37,8 millions
- Nouvelles infections à VIH en 2003 4,8 millions
- Décès dus au SIDA en 2003 2,6 millions

3

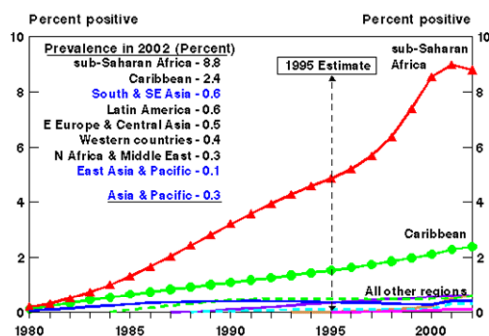
## Epidémie mondiale de SIDA, 1990–2003



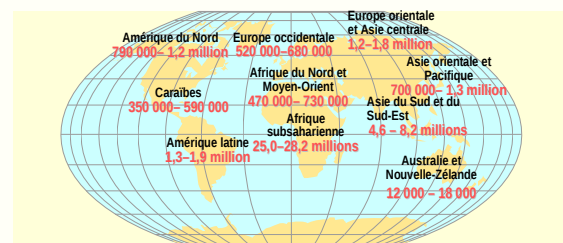
Source: 2004 report on the global AIDS epidemic. Genève, ONUSIDA/OMS, 2004.

4

## Estimated Regional HIV Prevalence Trends



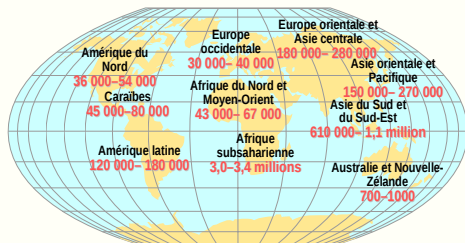
## Nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin 2003



Total: 40 (34–46) millions

6

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



**Total: 5 (4,2-5,8) millions**

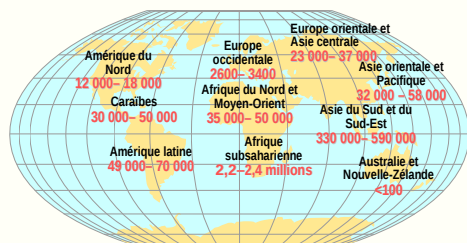
7

### Environ 14 000 nouvelles infections par le VIH chaque jour en 2003

- Plus de 95% surviennent dans des pays à revenu faible ou moyen
- Près de 2000 concernent des enfants de moins de 15 ans
- Environ 12 000 concernent des personnes de 15-49 ans, dont :
  - près de 50% sont des femmes
  - environ 50% sont des personnes de 15-24 ans

8

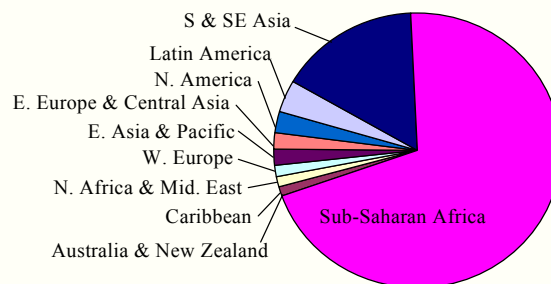
### Nombre estimé de décès dus au VIH/SIDA chez l'adulte et l'enfant pendant l'année 2003



**Total: 3 (2,5-3,5) millions**

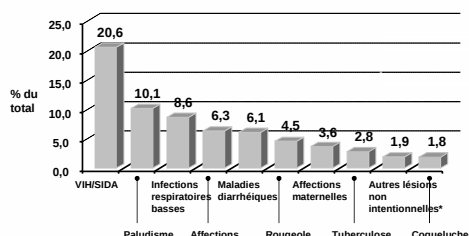
9

### Proportion de personnes vivant avec le VIH/SIDA, par région



10

### Causes majeures de la charge de morbidité en Afrique, 2000

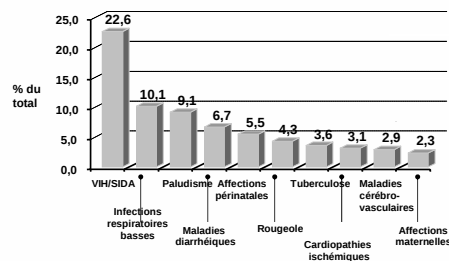


\* Sauf accidents de la voie publique, intoxications, chutes, brûlures et noyades

Source: Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

11

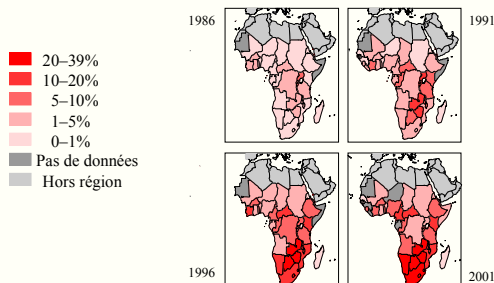
### Causes majeures de décès en Afrique, 2000



Source: Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

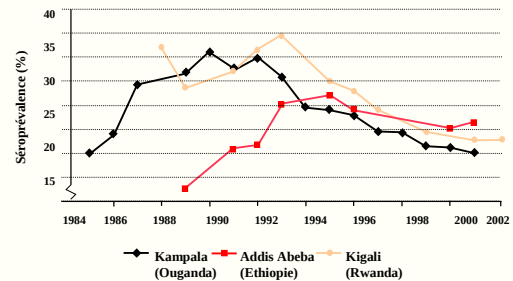
12

## Prévalence du VIH chez l'adulte en Afrique subsaharienne, 1986–2001



13

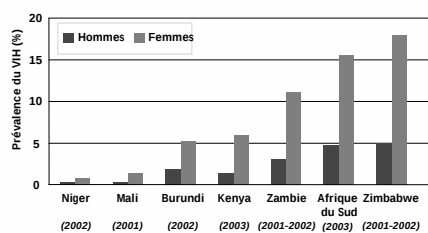
## Baisse de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans des zones urbaines d'Afrique: 1985–2002



Sources: United States Census Bureau et OMS

14

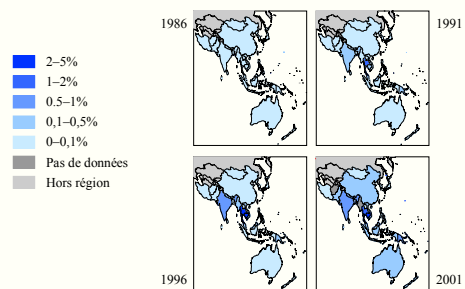
## Prévalence du VIH (%) chez les 15-24 ans dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, 2001–2003



Source: 2004 report on the global AIDS epidemic, Genève, ONUSIDA/OMS, 2004. Sources des données: Burundi (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'infection par le VIH au Burundi, Bujumbura, Décembre 2002); Kenya (Kenya Demographic and Health Survey 2003); Mali (Enquête Démographique et de Santé, Mali 2001); Niger (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger (2002)); Afrique du Sud (Pretoria AI et al., HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 16-24 year olds, Johannesburg, Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, 2004); Zambie (Zambia Demographic and Health Survey 2001-2002); Zimbabwe (The Zimbabwe Young Adult Survey 2001-2002).

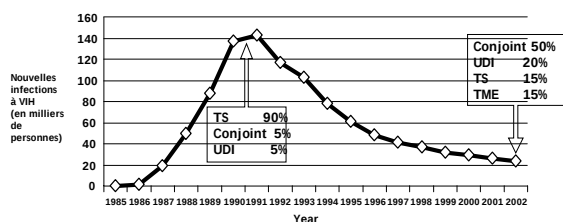
15

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



16

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



Conjoint: transmission hétérosexuelle du VIH entre membres du couple vivant ensemble; TS: transmission du VIH par le travail sexuel; UDI: transmission du VIH par l'utilisation de drogues injectables; TME: transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Source: 2004 report on the global AIDS epidemic, Genève, ONUSIDA/OMS, 2004.

17

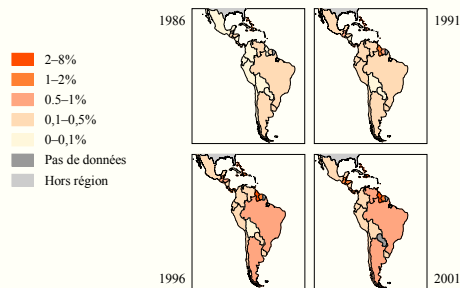
## Taux de prévalence du VIH chez les travailleurs sexuels et les utilisateurs de drogues injectables en Indonésie

- La gamme du taux de prévalence du VIH chez les travailleurs sexuels dans certains sites en Indonésie était entre 1.5% et 26.5% en 2000-2001
- La gamme du taux de prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables dans autres sites en Indonésie était entre 24.5% et 53% dans le même période

Source: Indonesian National AIDS Commission (2001) HIV/AIDS and other sexually transmitted infections in Indonesia: challenges and opportunities for action

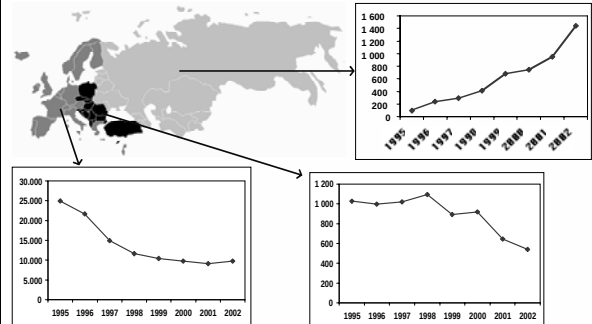
18

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



19

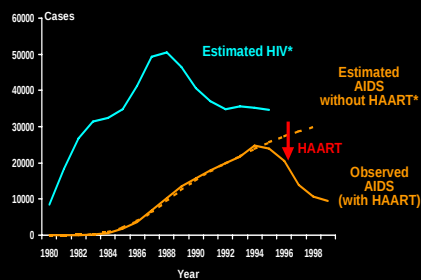
### Cas de SIDA notifiés par sous-région dans la Région européenne de l'OMS, 1995–2002



Source: EuroHIV. Surveillance du VIH/sida en Europe. Rapport EuroHIV du deuxième semestre 2002. Paris, Institut de Veille Sanitaire, 2003 (No. 68).

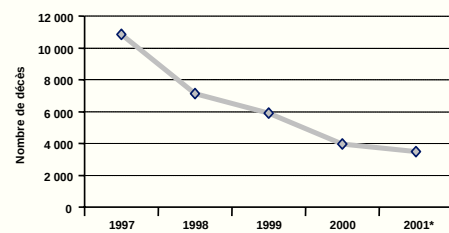
20

### AIDS and HIV incidence trends, European Union, 1980-99



\* Estimated by back-calculation (AIDS surveillance data reported by end 1995); Downs et al. AIDS 2000, 14; 2179-2189

### Nombre de décès rapportés parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Europe occidentale, 1997–2001<sup>a</sup>

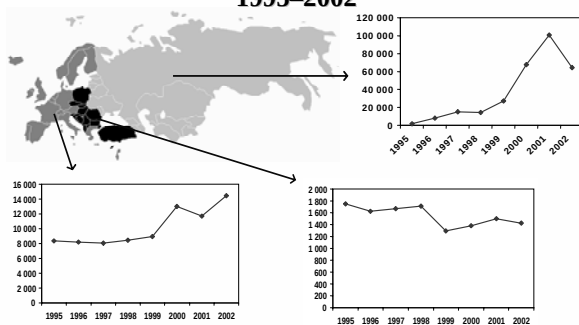


<sup>a</sup>Données pour janvier-juin 2001 multipliées par 2.

Source: National AIDS programmes. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report. Données compilées par le Centre européen de surveillance épidémiologique du SIDA, 2001.

22

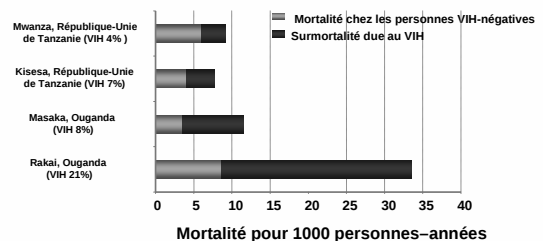
### Nouvelles infections à VIH notifiées par sous-région dans la Région européenne de l'OMS, 1995–2002



Source: EuroHIV. Surveillance du VIH/sida en Europe: rapport EuroHIV du deuxième semestre 2002. Paris, Institut de Veille Sanitaire, 2003 (No. 68).

23

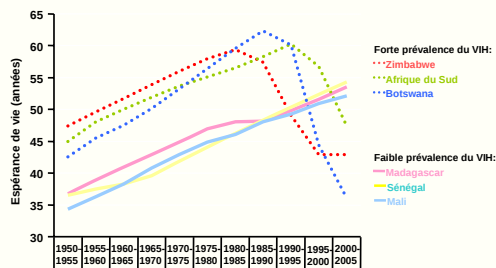
### Mortalité imputable au VIH chez l'adulte, études sur des communautés en Afrique, 1990–1996



Source: Boerma JT et al. AIDS, 1998, 12(suppl 1):S3-S14.

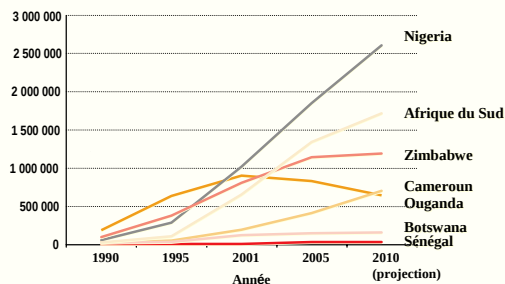
24

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



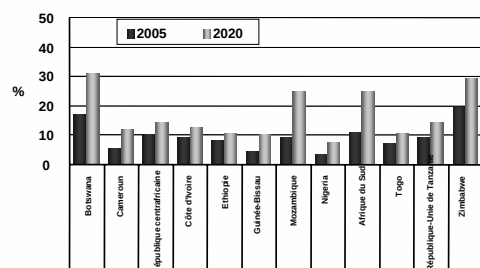
25

### Enfants devenus orphelins du fait du SIDA: tendances dans quelques pays d'Afrique, 1990–2010



26

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



27

### Baisse de la production dans un ménage touché par un décès dû au SIDA, Zimbabwe

| Produits                    | Baisse de la production |
|-----------------------------|-------------------------|
| • Maïs                      | 61%                     |
| • Coton                     | 47%                     |
| • Légumes                   | 49%                     |
| • Arachides                 | 37%                     |
| • Têtes de bétail possédées | 29%                     |

Source: Stover J, Bollinger L. The economic impact of AIDS in Africa. Glastonbury, CT, Futures Group International, 1999.

28

# Document 3.3:

## Epidémiologie de la co-infection tuberculose/VIH

Document No. 3.3



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

1

## Objectifs de la présentation

- Décrire l'épidémiologie de la co-infection par la tuberculose et le VIH aux niveaux mondial, régional et national
- Expliquer les répercussions de la situation épidémiologique sur l'élaboration des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau des pays (priorités, mécanismes, étapes et procédures)

2

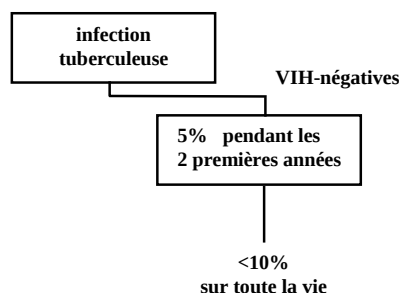
## Le VIH intensifie l'épidémie de tuberculose (1)

1. Il favorise le passage à la tuberculose active chez les personnes atteintes d'une infection à *Mycobacterium tuberculosis*
  - latente (facteur de risque le plus important)
  - récente

Chez les personnes infectées par le VIH et co-infectées par *Mycobacterium tuberculosis*, le risque annuel de passage à la tuberculose est de 3–13%

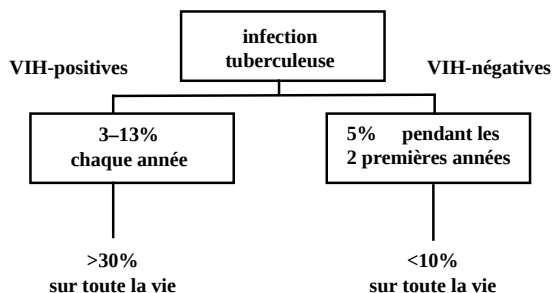
3

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



4

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



5

## Le VIH intensifie l'épidémie de tuberculose (2)

2. Il augmente le taux de rechute de la tuberculose (du fait d'une suppression incomplète après chimiothérapie brève ou d'une réinfection exogène)
3. L'augmentation du nombre de cas de tuberculose parmi les personnes infectées par le VIH accroît le risque de transmission de la tuberculose dans la communauté

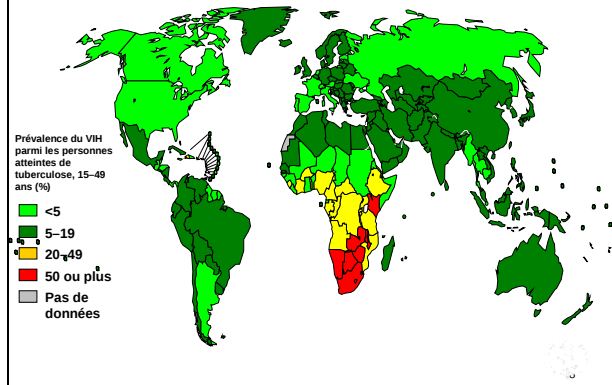
6

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

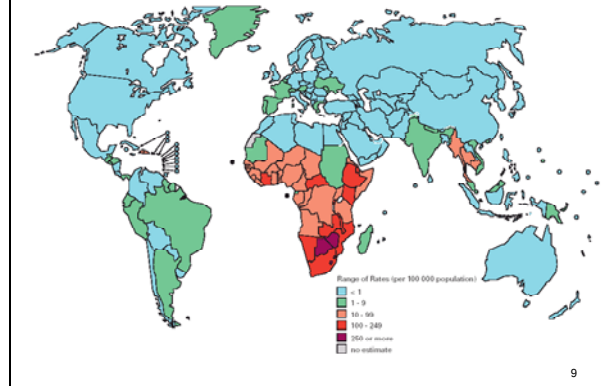
- Fréquence de la positivité pour le VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

7

## Prévalence estimée du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose, 2002



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



9

## Pays classés par a) nombre de cas de tuberculose imputables au VIH (milliers) et b) nombre de cas de tuberculose imputables au VIH pour 100 000 habitants (taux): 1 à 15

Au-dessus du trait rouge: 80% du nombre total

| Rang | Pays                             | Nombre | Pays                      | Taux |
|------|----------------------------------|--------|---------------------------|------|
| 1    | Afrique du Sud                   | 77,8   | Botswana                  | 724  |
| 2    | Ethiopie                         | 59,2   | Zimbabwe                  | 501  |
| 3    | Nigeria                          | 49,9   | Lesotho                   | 492  |
| 4    | Kenya                            | 43,9   | Swaziland                 | 478  |
| 5    | Inde                             | 41,4   | Zambie                    | 409  |
| 6    | Zimbabwe                         | 29,2   | Namibie                   | 385  |
| 7    | République-Unie de Tanzanie      | 25,2   | Afrique du Sud            | 333  |
| 8    | République démocratique du Congo | 22,6   | Djibouti                  | 325  |
| 9    | Mozambique                       | 21,5   | Malawi                    | 323  |
| 10   | Zambie                           | 18,9   | Kenya                     | 295  |
| 11   | Ouganda                          | 17,3   | République centrafricaine | 290  |
| 12   | Malawi                           | 16,1   | Mozambique                | 258  |
| 13   | Côte d'Ivoire                    | 15,0   | Burundi                   | 228  |
| 14   | Cameroun                         | 10,1   | Rwanda                    | 211  |
| 15   | Cambodge                         | 7,7    | Ethiopie                  | 209  |

10

**Pays classés par**  
**a) nombre de cas de tuberculose imputables au VIH (milliers) et b) nombre de cas de tuberculose imputables au VIH pour 100 000 habitants (taux): 16 à 30**  
 Au-dessus du trait bleu: 90% du total

| Rang | Pays                      | Nombre | Pays                             | Taux |
|------|---------------------------|--------|----------------------------------|------|
| 16   | Rwanda                    | 7,6    | Côte d'Ivoire                    | 197  |
| 17   | Burkina Faso              | 6,5    | Ouganda                          | 173  |
| 18   | Burundi                   | 6,4    | République-Unie de Tanzanie      | 155  |
| 19   | Ghana                     | 6,0    | Cameroun                         | 147  |
| 20   | Thaïlande                 | 5,6    | Burkina Faso                     | 132  |
| 21   | Botswana                  | 5,5    | Congo                            | 128  |
| 22   | République centrafricaine | 4,9    | Cambodge                         | 126  |
| 23   | Myanmar                   | 4,9    | Togo                             | 113  |
| 24   | Lesotho                   | 4,8    | République démocratique du Congo | 105  |
| 25   | Haïti                     | 3,7    | Nigeria                          | 96   |
| 26   | Angola                    | 3,1    | Haïti                            | 94   |
| 27   | Namibie                   | 3,1    | Gabon                            | 82   |
| 28   | Chine                     | 2,9    | Ghana                            | 64   |
| 29   | Togo                      | 2,4    | Sierra Leone                     | 56   |
| 30   | Etats-Unis d'Amérique     | 2,3    | Angola                           | 56   |

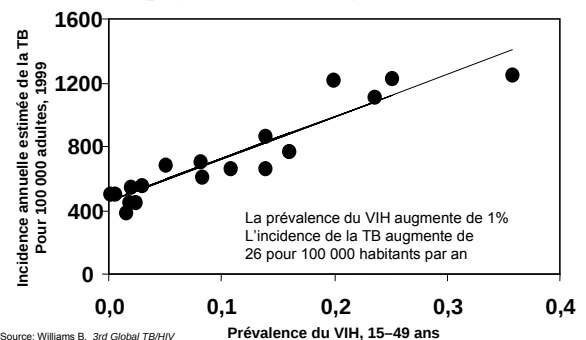
11

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

- Fréquence de la positivité pour le VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose
- Taux élevés de tuberculose dans les zones de forte prévalence du VIH

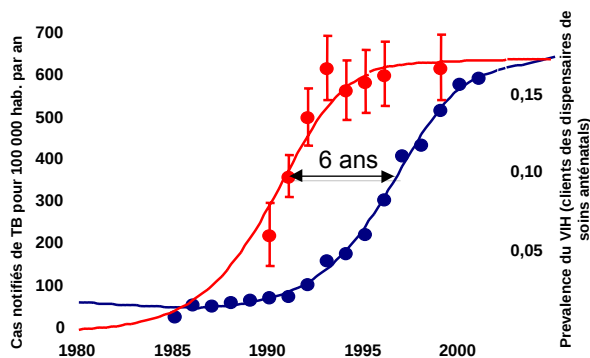
12

**Incidence estimée de la TB et prévalence du VIH dans les pays à forte charge de morbidité**



13

**Epidémie de tuberculose intensifiée par le VIH: Nairobi**



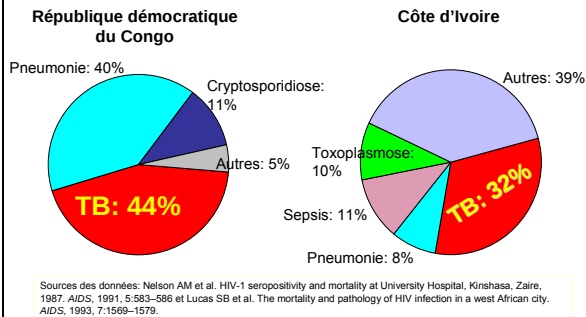
14

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

- Fréquence de la positivité pour le VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose
- Taux élevés de tuberculose dans les zones de forte prévalence du VIH
- Fréquence de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA

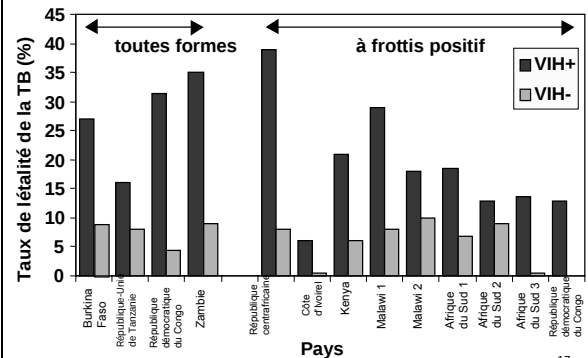
15

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



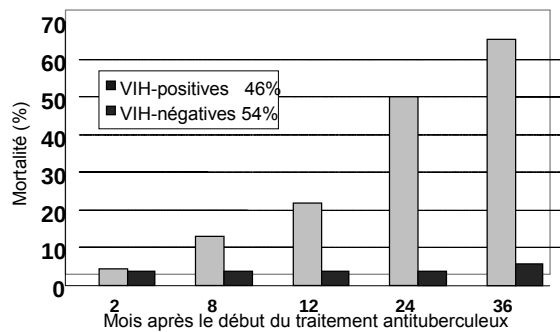
16

**Les taux de létalité de la TB en Afrique sont 3,5 fois plus élevés chez les personnes VIH-positives**



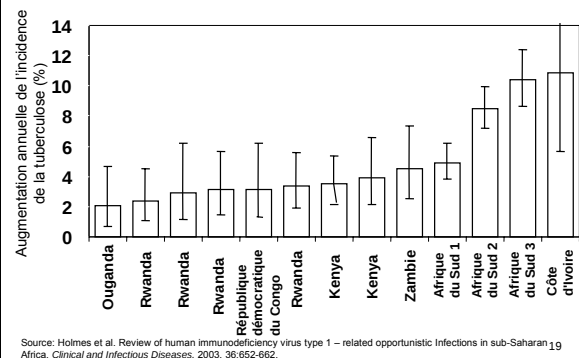
17

**Mortalité parmi 99 personnes atteintes de TB pulmonaire avérée à Addis Abeba, Ethiopie**



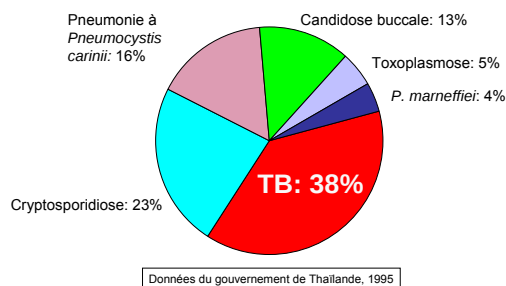
18

**Taux d'incidence de la tuberculose dans des populations infectées par le VIH en Afrique (cf. risque sur toute la vie 10% pour les personnes VIH-)**



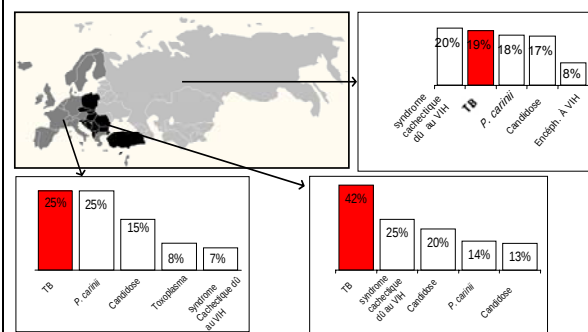
19

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

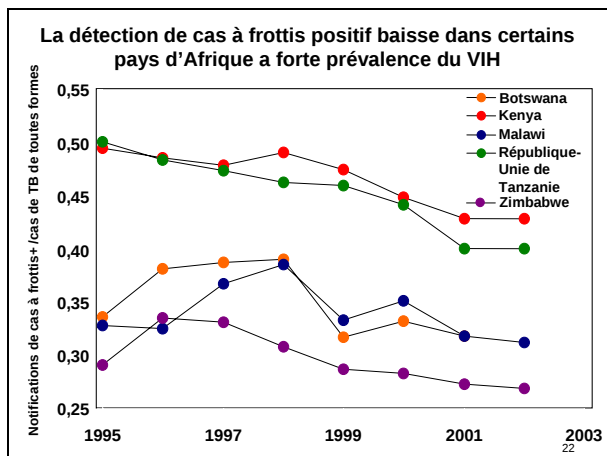


20

**Les cinq principales maladies indicatrices de SIDA, Région européenne de l'OMS, 2002**



21



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

### La transmission du VIH

Prévention primaire, conseil et dépistage volontaires de qualité, traitement antirétroviral

### La transmission de la tuberculose

Amélioration du dépistage de la tuberculose, DOTS

### La réactivation de la tuberculose chez les personnes

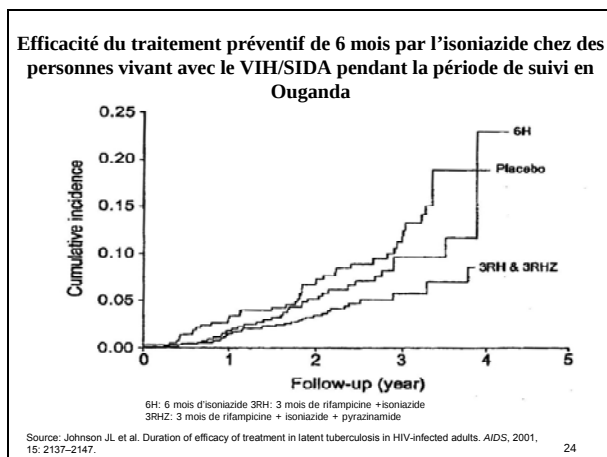
#### VIH-positives

Traitement antituberculeux préventif

### La progression du VIH et l'incidence de la tuberculose

Traitement antirétroviral

23

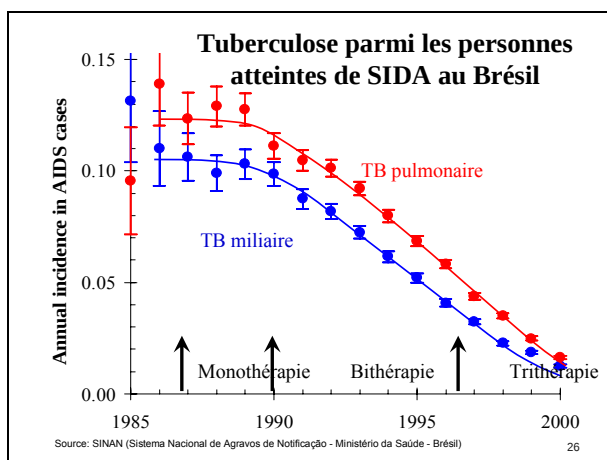


24

## Traitement antirétroviral et incidence de la tuberculose

- Le traitement antirétroviral hautement actif a réduit l'incidence de la tuberculose active de 60–80% d'après deux vastes études d'observation réalisées en Europe et aux Etats-Unis (localités à faible prévalence du VIH et de la tuberculose)<sup>1,2</sup>
- Dans une localité du Brésil à forte transmission de la tuberculose et du VIH, le traitement antirétroviral hautement actif a réduit l'incidence de la tuberculose active de 80%.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Girardi E et al. Impact of combination antiretroviral therapy on the risk of tuberculosis among persons with HIV infection. AIDS, 2000, 14:1985-1991. <sup>2</sup>Jones JL et al. HIV-associated tuberculosis in the era of highly active antiretroviral therapy. International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases, 2000, 4:1026-1031. <sup>3</sup>Santoro-Lopes G et al. Reduced risk of TB among Brazilian patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with highly active antiretroviral therapy. Clinical and Infectious Diseases, 2002, 34:543-546.



26

# Unité 4: Principes de la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA

---

## Objectifs

---

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

- 1) de décrire les principes, les priorités, les modes de transmission, les interventions, les indicateurs et les cibles en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose ;
- 2) de décrire les principaux éléments de la prévention et des soins en ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA ;
- 3) d'expliquer les répercussions de ces principes sur la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

---

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants  
Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 4.1: Priorités, cibles et interventions dans la lutte contre la tuberculose (diapositives)  
Document 4.2: Prévention et soins dans la lutte contre le VIH/SIDA (diapositives)

---

# Document 4.1:

## Priorités, cibles et interventions dans la lutte contre la tuberculose

Document No. 4.1



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

1

## Objectifs de la présentation

- Décrire les priorités, les modes de transmission, les interventions, les indicateurs et les cibles en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose
- Expliquer les répercussions de ces principes sur la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

2

## Stratégie de lutte contre la tuberculose: priorités

- a. Diagnostiquer les cas; b. Guérir les cas  
*mais il existe des cas déjà connus, donc:*
- a. Guérir les cas connus; b. Trouver d'autres cas (à frottis positif)  
*Comment savoir ce qui se passe ?*
- Enregistrer, rapporter et analyser les données

*Tout le reste (organisation et planification, financement, directives techniques, formation, laboratoire, gestion des médicaments et sensibilisation) n'a d'intérêt qu'en fonction des priorités.*

3

| Stratégie                                         | Décès évités pour 100 000 habitants |          | Cas à frottis positif évités pour 100 000 habitants |          |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------|----------|
|                                                   | République-Unie de Tanzanie         | Viet Nam | République-Unie de Tanzanie                         | Viet Nam |
| Traitement des cas à frottis positif <sup>a</sup> | 35,0                                | 34,9     | 46,1                                                | 50,9     |
| Traitement des cas à frottis négatif <sup>a</sup> | 7,7                                 | 3,2      | 5,1                                                 | 2,3      |
| Total                                             | 42,6                                | 38,0     | 51,2                                                | 53,2     |
| Traitement préventif par l'isoniazide             | 4,0                                 | 0,8      | 12,4                                                | 7,6      |

<sup>a</sup>Dépistage passif (le patient prend l'initiative de se présenter dans un service de santé) <sup>4</sup>

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

1. Consultez les rapports et analysez les résultats.
  - Le programme guérit-il les cas connus de tuberculose?
  - Le programme détecte-t-il la plupart des cas à frottis positif?
2. Consultez les rapports et analysez la qualité des données.
  - Les données sont-elles fiables?
3. Examinez l'organisation et les éléments du programme (données, entretiens, terrain)
  - Sont-ils compatibles avec les recommandations internationales?
  - Sont-ils appropriés?
  - Peuvent-ils être améliorés? Comment?
4. Relevez les résultats concrets et pertinents (axés sur le patient).
5. Intégrez quelques mesures réalisables en vue d'améliorer le programme, en indiquant dans votre plan le niveau de responsabilité et le temps nécessaire.

5

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

- Les indicateurs opérationnels peuvent être mesurés en routine:
    - issue du traitement et dépistage des cas (cibles)
    - réseau de laboratoires, charge de travail et qualité
    - couverture des établissements de santé en tant qu'indicateur d'accès aux soins
  - Il peut être demandé au responsable comment mesurer l'impact du programme en vue d'atteindre les objectifs:
    - réduire la morbidité
    - réduire la mortalité
    - réduire la transmission
- sans créer de résistance aux médicaments.

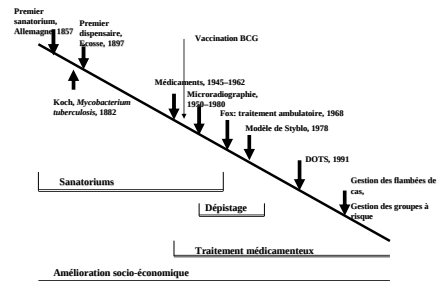
6

## Cibles des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose

- Guérir 85% des cas à frottis positif détectés
- et
- Détecter 70% du nombre estimé de nouveaux cas à frottis positif

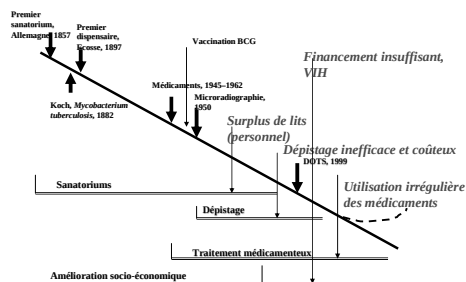
1

## Les interventions antituberculeuses au cours du temps



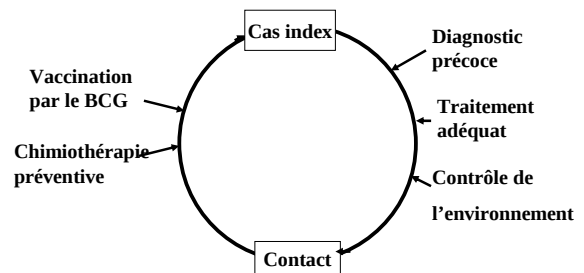
8

## Les interventions antituberculeuses au cours du temps: problèmes



9

## La chaîne de transmission



10

## Interventions

### 1. Diagnostic

- dépistage passif (symptomatique)
- dépistage actif (groupes à risque)\*

\* Seulement s'il est possible de guérir les cas symptomatiques.

11

## Interventions

### 2. Traitement

Mise en route précoce d'un traitement adéquat\*

- \* Associations médicamenteuses
- Durée suffisante
- Observation directe de la prise de rifampicine

12

## Interventions

### 3. Contrôle de l'environnement

Dilution des particules infectieuses présentes dans l'air\*

- \* Ventilation
- Filtration
- Rayons UV

13

## Interventions

### 4. Chimiothérapie préventive

#### Recherche des contacts\*

\*Seulement si un bon système est en place en suivant le principe des "ronds dans l'eau"



14

## Interventions

### 5. Vaccination par le BCG

Nouveau-nés\*

\*Seulement dans les pays à incidence élevée

Groupes à risque\*

\*Seulement s'il n'y a pas d'autres moyens de protection

15

## Transmission de la tuberculose (1)

Le programme de lutte contre la tuberculose vise à réduire:

la mortalité due à la tuberculose

la morbidité due à la tuberculose

la transmission de la tuberculose

16

## Transmission de la tuberculose (2)

### Questions:

- Quels sont les principaux facteurs ?
- Ces facteurs peuvent-ils être modifiés ?  
Comment ?
- Les changements peuvent-ils être mesurés ?  
Comment ?

17

## Transmission de la tuberculose (3)

$$\begin{array}{c} \text{PRÉVALENCE} \\ \text{DE L'INFECTION} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{TAUX DE} \\ \text{DÉCLENCHEMENT} \\ \text{DE LA MALADIE} \end{array} = \begin{array}{c} \text{INCIDENCE DE LA} \\ \text{TUBERCULOSE} \end{array}$$

Effet de:

- malnutrition et VIH ?
- vaccination par le BCG et traitement préventif par l'isoniazide ?

18

## Transmission de la tuberculose (4)

$$\text{INCIDENCE} \times \text{DURÉE} = \text{PRÉVALENCE}$$

Effet de:

- VIH ?
- diagnostic et traitement ?

19

## Transmission de la tuberculose (5)

$$\text{PRÉVALENCE DES SOURCES} \times \text{CONTACT} = \text{TRANSMISSION (risque annuel d'infection tuberculeuse)}$$

Effet de:

- logement et densité de population?
- ventilation et rayons UV?

20

## Transmission de la tuberculose (6)

$$\text{INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE} \times \text{RISQUE DE DÉCÈS} = \text{MORTALITÉ DUE A LA TUBERCULOSE}$$

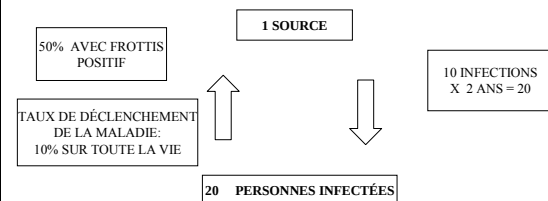
Effet de:

- malnutrition et VIH?
- diagnostic et traitement?

21

## Modèle de transmission de la tuberculose (1)

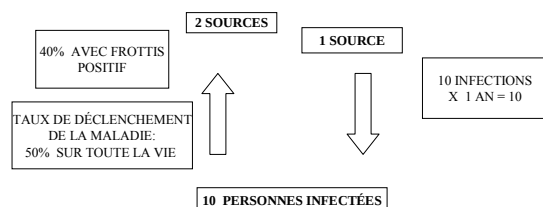
EN L'ABSENCE D'INTERVENTIONS



22

## Modèle de transmission de la tuberculose (2)

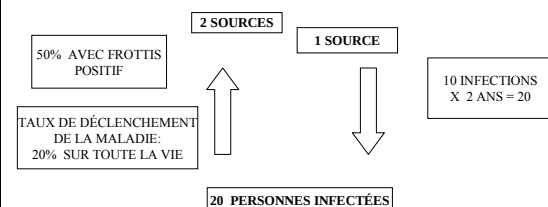
EN L'ABSENCE D'INTERVENTIONS AVEC VIH



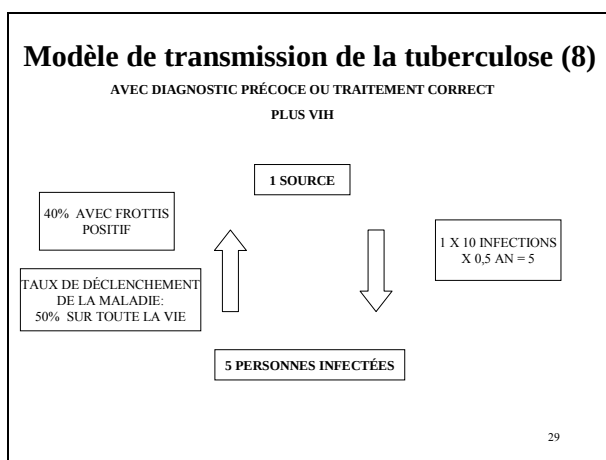
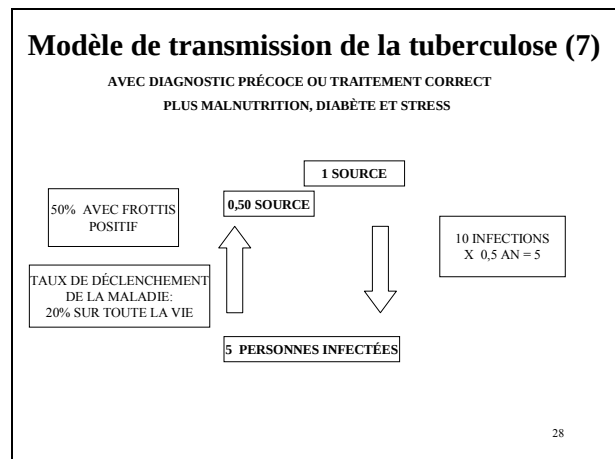
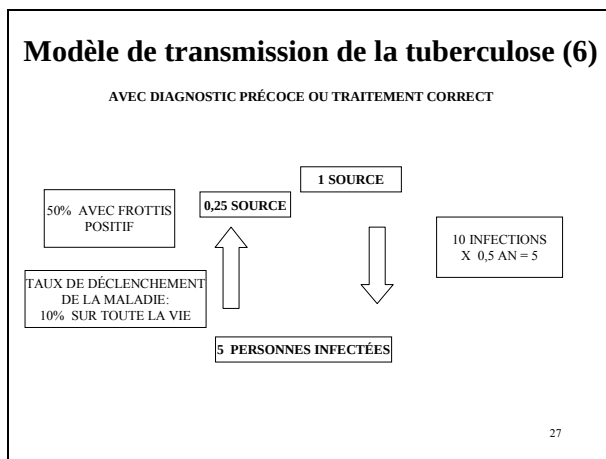
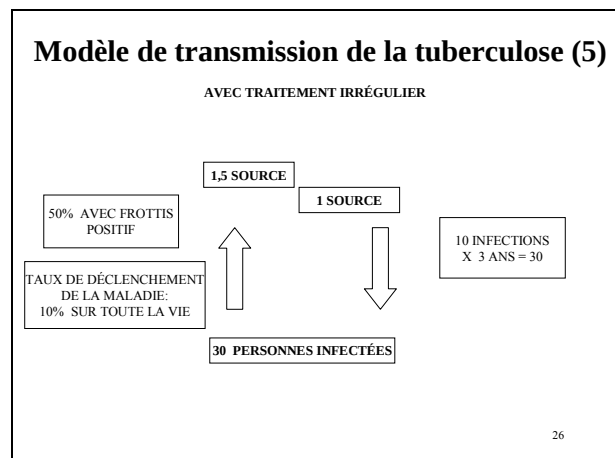
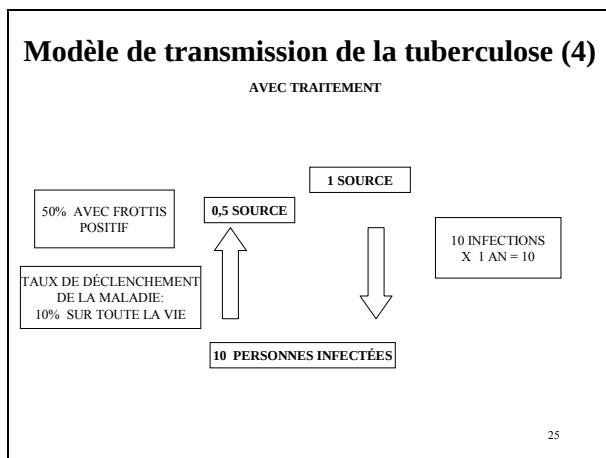
23

## Modèle de transmission de la tuberculose (3)

EN L'ABSENCE D'INTERVENTIONS  
AVEC MALNUTRITION, STRESS ET DIABÈTE



24



# Document 4.2:

## Prévention et soins dans la lutte contre le VIH/SIDA Document No. 4.2



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

1

## Objectifs de la présentation

- Décrire les principaux éléments de la prévention et des soins en ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA
- Expliquer les répercussions de ces principes sur la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

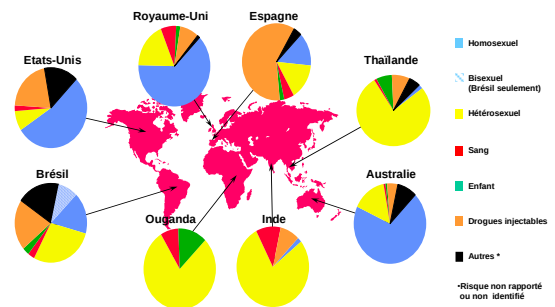
2

## Risques de transmission

| Sexuelle                                                                                      | Par le sang                                                                                               | Mère -enfant                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Type d'activité sexuelle<br>Présence d'infections génitales<br>Présence de lésions ou de sang | Sang et produits sanguins contaminés<br>Matériel chirurgical contaminé<br>Partage de matériel d'injection | Stade de l'infection à VIH chez la mère<br>Charge virale chez la mère VIH+<br>Méthode d'accouchement<br>Allaitement au sein |

3

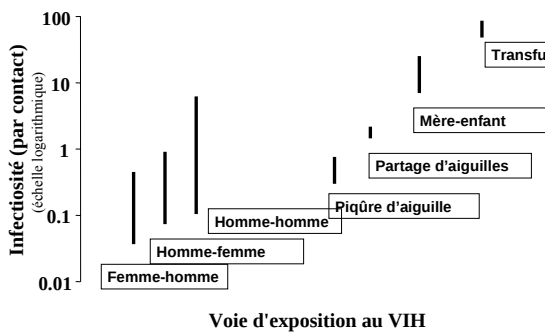
## Catégories d'exposition des cas de SIDA notifiés : divers pays, milieu des années 1990



Sources: OMS, Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA (France), United States Centers for Disease Control and Prevention et National Centre for HIV Epidemiology (Australie)

4

## Probabilité de transmission du VIH par contact (Royce, NEJM 1997, 336: 1072)



5

## Nombre de cas secondaires générés par chaque cas primaire d'infection sexuellement transmissible (taux de reproduction de base $R_0$ )

$$\text{Nombre de partenaires sexuels} \times \text{Efficacité de la transmission} \times \text{Durée de la période infectieuse}$$

$$R_0 = c\beta D$$

6

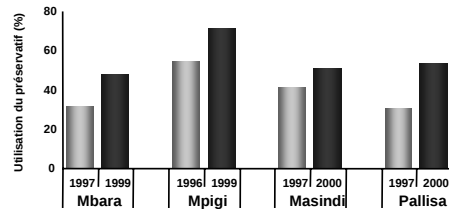
## Prévention de l'infection à VIH

### Par voie sexuelle

- Abstinence
- Nombre de partenaires
- Changement de comportement sexuel (type d'activité sexuelle)
- Méthodes mécaniques (préservatif masculin/féminin)
- Traitement efficace et précoce des infections sexuellement transmissibles

7

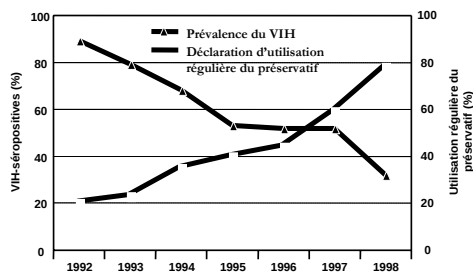
## Augmentation de la déclaration d'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels dans quelques districts d'Ouganda, 1996–2000



Source: HIV/AIDS surveillance report. Kampala, STD/AIDS Control Programme, Uganda, 2001.

8

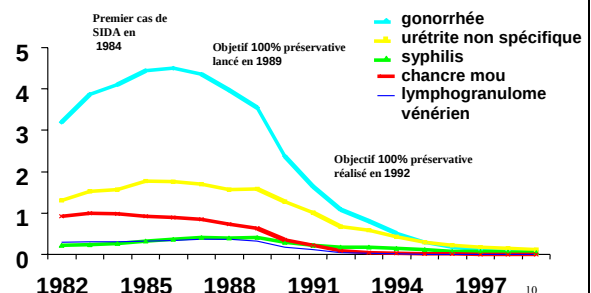
## Prévalence du VIH et déclaration d'utilisation régulière du préservatif chez les prostituées, Abidjan, Côte d'Ivoire, 1992–1998



Source: Ghys PD et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. AIDS, 2002, 16:251–258.

9

## Incidence des maladies sexuellement transmissibles en Thaïlande, 1982–2000



10

## Prévention de l'infection à VIH

### Sang et produits sanguins

- Eviter les aiguilles et seringues contaminées
- Eviter toute transfusion sanguine non indispensable
- Contrôler les dons de sang
- Appliquer les précautions universelles
- Eviter la réutilisation ou le partage du matériel d'injection

11

## Trois éléments essentiels de la sécurité transfusionnelle

1. Il doit exister un service national de transfusion sanguine, à but non lucratif et relevant du ministère de la santé.
2. Il doit exister une politique d'exclusion de tous donneurs rémunérés ou professionnels et d'encouragement des donneurs volontaires (non rémunérés). Seules les personnes considérées comme à faible risque d'infection sont des donneurs acceptables.
3. Tous les dons de sang doivent faire l'objet d'un dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis (et si possible de l'hépatite C). De plus, les donneurs comme les patients doivent savoir que le sang ne doit être utilisé que pour des transfusions indispensables.

12

## Réduire le risque d'infection professionnelle par le VIH

Connaître et appliquer les précautions universelles avec tous les patients, en tout temps, partout et quel que soit le diagnostic.

Réduire les transfusions non indispensables et toutes procédures telles qu'injections, sutures, épisiotomies et autres procédures invasives dont l'utilité n'est pas certaine.

Avoir à disposition les fournitures nécessaires pour répondre aux besoins de base de la lutte contre les infections, même lorsque les ressources sont limitées.

Adopter des politiques et directives appropriées au niveau local pour l'utilisation correcte des fournitures et pour l'éducation et la supervision du personnel.

Evaluer et réduire les risques lors des activités de supervision de routine dans les établissements de santé.

13

## Précautions universelles

**Manipulation et élimination soigneuses des instruments piquants et tranchants**

**Lavage des mains à l'eau et au savon avant et après toute intervention; utilisation de barrières protectrices telles que gants, blouses, tabliers, masques et lunettes pour le contact direct avec le sang et autres liquides organiques**

**Élimination sans risque des déchets contaminés par du sang ou des liquides organiques**

**Désinfection correcte des instruments et autres matériels contaminés**

14

## Stérilisation et désinfection

**Stérilisation:** 1) vapeur sous pression (par exemple dans un autoclave ou un autocuiseur); 2) chaleur sèche, par exemple dans une étuve ou un four.

**Désinfection:** ébullition et désinfection chimique. Faire bouillir pendant 20 minutes au niveau de la mer et plus longtemps à altitude plus élevée. La désinfection chimique n'est pas aussi fiable que la stérilisation ou l'ébullition; il faut l'utiliser sur des matériels sensibles à la chaleur ou lorsqu'on ne dispose pas d'autres méthodes de décontamination. Produits chimiques inactivant le VIH: 1) agents chlorés; 2) glutaraldéhyde à 2%; 3) alcool éthylique et isopropylique à 70%.

15

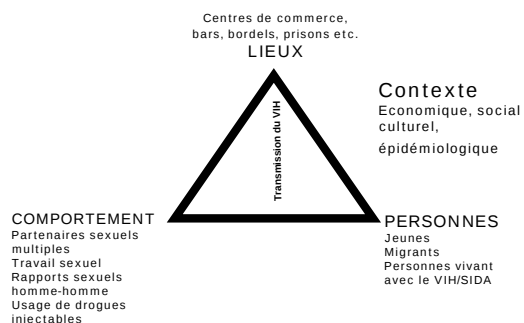
## Stratégies de prévention: réduction des risques chez les utilisateurs de drogues injectables

### Principaux éléments des programmes de réduction des risques

- Services communautaires pour les utilisateurs de drogues injectables
- Éducation appropriée et crédible en matière de VIH/SIDA et d'usage de drogues
- Amélioration de l'accès à des moyens permettant des changements de comportement, par exemple programmes de distribution d'aiguilles et seringues et de préservatifs
- Traitement substitutif
- Politique, législation et actions de sensibilisation allant dans le sens de la prévention

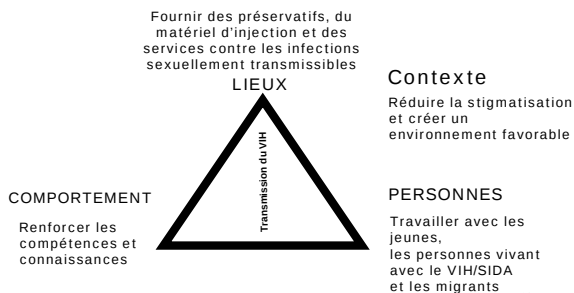
16

## La transmission du VIH ne se fait pas par hasard



17

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



18

## Prévention de l'infection à VIH

### Prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson et le jeune enfant

- Prévention primaire
- Eviter les grossesses non désirées (planification familiale)
- Interventions spécifiques
- Soins et soutien pour les mères infectées par le VIH, leurs nourrissons et leurs partenaires

19

## Stratégies de prévention: transmission mère-enfant

### 1. Traitement et/ou prophylaxie par antirétroviraux

Traitement antirétroviral hautement actif ou traitement de courte durée par l'association zidovudine + lamivudine ou névirapine, ou zidovudine seule ou névirapine seule

### 2. Accouchement à moindre risque

Césarienne programmée, éviter les gestes invasifs

20

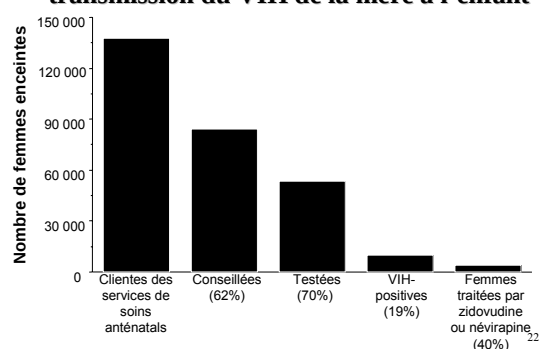
## Stratégies de prévention: transmission mère-enfant

### 3. Alimentation du nourrisson

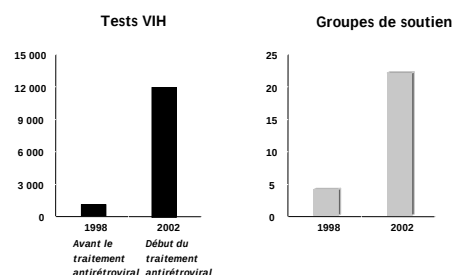
- Eviter l'allaitement au sein chez les mères infectées par le VIH lorsque l'allaitement artificiel est acceptable, réalisable, d'un coût abordable, pouvant être maintenu sur le long terme et sans danger
- Dans les autres cas, allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois
- L'allaitement au sein doit être interrompu dès que possible, compte tenu des conditions locales, de la situation de la mère et des risques liés à l'allaitement artificiel
- Lorsque le statut sérologique est inconnu, l'allaitement maternel exclusif est recommandé

21

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



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



Source: OMS, 2004 (avec l'aimable autorisation de Fareed Abdullah)

23

## Principes de base du dépistage: les "3C"

- I. **confidentiel**
- II. accompagné de **conseil**
- III. seulement avec **consentement informé**: à la fois informé et volontaire.

24

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

***Demandés par le client***

- Conseil et test volontaires

***Demandés par le fournisseur***

- Test VIH proposé de façon systématique par le personnel de santé
- Test VIH à visée diagnostique
- Dépistage obligatoire du VIH

25

## **Conseil et test volontaires demandés par le client**

- Encouragement de la connaissance de son statut sérologique par toute personne susceptible d'avoir été exposée au VIH quel que soit le mode de transmission
- Conseil préalable au test: de manière individuelle ou en groupe avec un suivi individuel
- Utilisation de tests rapides; les résultats sont donnés immédiatement, qu'ils soient positifs ou négatifs.

26

## **Test VIH à visée diagnostique demandé par le fournisseur**

**Indiqué:**

- chaque fois qu'une personne présente des signes ou symptômes qui évoquent une maladie liée au VIH ou un SIDA; et
- pour faciliter le diagnostic clinique et la prise en charge.

Cela inclut de proposer le test à tous les patients tuberculeux dans le cadre de leur prise en charge habituelle.

27

## **Test VIH proposé de façon systématique par le personnel de santé**

- Dans les services des infections sexuellement transmissibles – afin de faciliter un conseil adapté au statut sérologique
- En cours de grossesse – pour faciliter l'offre de prévention antirétrovirale de la transmission mère-enfant
- Dans un centre de santé ou une structure communautaire là où le VIH a une prévalence élevée et où le traitement antirétroviral est disponible

28

## **Conditions requises pour le test VIH demandé par le fournisseur**

- Orientation vers des services de conseil après le test, qui mettent l'accent sur la prévention
- Orientation vers des services de soutien médical et psychosocial pour les personnes dont le test est positif.
- Principes de base de **confidentialité, conseil et consentement**

29

## **Dépistage obligatoire du VIH**

- Tout le sang destiné à la transfusion ou à la fabrication de produits sanguins
- Toutes les procédures impliquant un don d'organes ou de liquides organiques

L'ONUSIDA et l'OMS ne soutiennent pas le dépistage obligatoire d'individus pour des motifs de santé publique. Un dépistage volontaire a plus de chances de conduire à un changement de comportement évitant la transmission du VIH à d'autres personnes.

30

## Dépistage obligatoire du VIH

Le dépistage obligatoire dans le cadre des services d'immigration et de l'armée ne doit être réalisé qu'accompagné de **conseil** aux personnes séronégatives comme séropositives et d'une **orientation** vers des services de soutien médical et psychosocial pour les personnes dont le résultat du test est positif.

31

## Conseil et test VIH dans le cadre des soins aux patients tuberculeux

- Les services de lutte contre la tuberculose sont des points d'entrée primordiaux pour l'accès universel au traitement antirétroviral, dans lesquels:
- Tous les patients tuberculeux doivent se voir proposer un conseil et un test VIH, ce qui nécessite:
- Une collaboration dans la fourniture de services de conseil et de test et d'un traitement antirétroviral aux patients tuberculeux dont le test VIH est positif

32

## Conseil et test VIH et services de lutte contre la tuberculose

- L'initiative ProTEST a montré la viabilité et l'impact de la relation entre 1) le conseil et le test VIH et 2) le dépistage et le traitement de la tuberculose (et des infections sexuellement transmissibles)
- Agir selon deux axes:
  - Etendre et renforcer les activités de conseil et de test VIH dans le cadre des services de lutte contre la tuberculose
  - Renforcer la composante tuberculose dans le cadre des services de dépistage et de prise en charge du VIH

33

## Que faut-il?

- Une information pour préciser la politique d'intensification de l'accès au dépistage et au conseil ("le droit de savoir")
- Clarification des rôles et des responsabilités du personnel de santé et de soutien psychosocial
- Formation
- Tests
- Financement

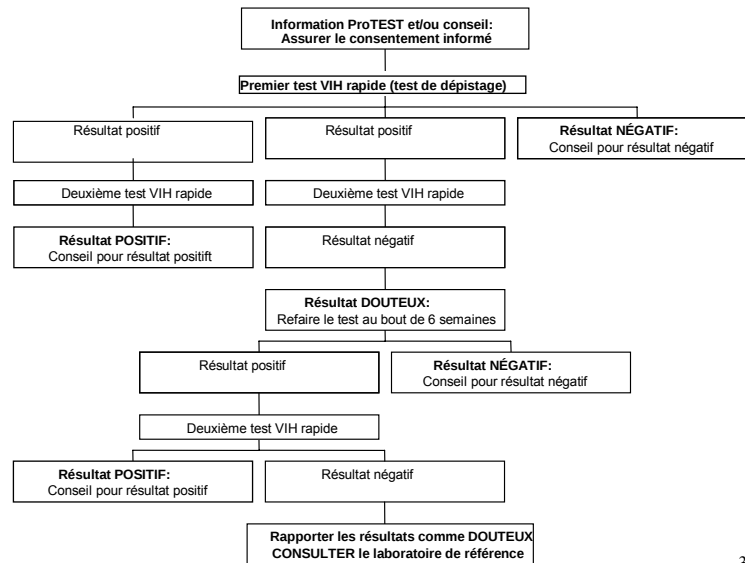
34

## Le test rapide

- Le but est de réaliser le test hors laboratoire, mais:
- Des laboratoires de référence sont indispensables
- Qui peut exécuter les tests rapides?
- Echantillon de sang total ou de sérum
- Assurer que les précautions universelles sont prises
- Assurance qualité, contrôle de la qualité, évaluation externe de la qualité

35

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



36

### Soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

- Prise en charge clinique
- Soins infirmiers
- Soins palliatifs
- Soins à domicile
- Conseil
- Soutien psychosocial

37

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

- Module sur les soins aigus: comment classer la maladie et donner un traitement spécifique d'après les signes et symptômes.
- Module sur les soins chroniques du VIH avec traitement antirétroviral: comment gérer le traitement antirétroviral dans les établissements de santé de premier niveau.
- Module sur les soins palliatifs: prise en charge des symptômes et accompagnement des malades en fin de vie.
- Module sur les principes généraux pour des soins chroniques de qualité: donner les principes généraux pour des soins chroniques de qualité applicables, entre autres, au VIH/SIDA.

38

### TB/VIH – manuel clinique

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

39

### Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées

- Cette publication fournit des directives pour l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées, selon une approche de santé publique.
- Voir Unité 6 (Document 6.3: Prise en charge clinique du VIH/SIDA) pour de plus amples informations sur les soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et le traitement antirétroviral.

40

# Unité 5, partie 1: La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose

---

## Objectifs

---

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

- 1) de décrire la stratégie DOTS (stratégie recommandée par l'OMS pour la lutte contre la tuberculose) ;
- 2) d'expliquer les répercussions de la stratégie sur la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

---

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: La stratégie DOTS  
Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 5.1: La stratégie DOTS (diapositives)

---

# Document 5.1:

## La stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose Document No. 5.1



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

## Objectifs de la sous-unité

- Décrire la stratégie DOTS (stratégie recommandée par l'OMS pour la lutte contre la tuberculose)
- Expliquer les répercussions de la stratégie sur la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

## Historique du DOTS

Années 1980 : Styblo établit le modèle de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires pour combattre la tuberculose en République-Unie de Tanzanie

1991: L'Assemblée mondiale de la Santé établit les cibles 70/85 pour l'an 2000

1993: L'OMS déclare la tuberculose urgence mondiale

1994: Nouveau cadre de lutte contre la tuberculose

1995: Le DOTS est lancé en tant que stratégie OMS

1998: Comité de Londres, lancement du Partenariat Halte à la tuberculose

2000: Déclaration d'Amsterdam; cibles 2005

2001: Six groupes de travail, lancement du Global Drug Facility

2001: Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; Objectifs du Millénaire pour le Développement; Washington Commitment

2002: Expanded framework DOTS (le plan mondial d'extension de la stratégie DOTS) devient un nom déposé

## La stratégie DOTS

est une stratégie globale qui assure la guérison de la plupart des personnes atteintes de tuberculose qui se présentent dans les services de soins de santé primaires.

Sources:  
*Stop TB at the source*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.  
*Use DOTS more widely*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.

## DOTS

- Engagement des pouvoirs publics en vue d'assurer des activités durables et complètes de lutte contre la tuberculose
- Dépistage des cas par examen microscopique des frottis d'expectorations réalisés chez des patients symptomatiques qui se présentent spontanément dans les services de santé
- Chimiothérapie standardisée de brève durée au moyen de schémas thérapeutiques de 6-8 mois pour au minimum tous les cas à frottis positifs confirmés. La prise en charge correcte comprend un traitement sous observation directe pendant la phase intensive chez tous les nouveaux cas à frottis positif, une phase de continuation avec des schémas thérapeutiques comportant de la rifampicine, et un schéma thérapeutique complet pour le retraitement.
- Approvisionnement régulier et ininterrompu en tous les antituberculeux essentiels.
- Système standardisé d'enregistrement et de notification permettant d'évaluer les résultats du dépistage et du traitement pour chaque patient ainsi que les performances globales du programme de lutte contre la tuberculose.

Source: World Health Organization, International Union against Tuberculosis and Lung Disease and Royal Netherlands Tuberculosis Association. Revised international definitions in tuberculosis control. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001; 5:213-215.

## Aspects du DOTS

- Techniques
- Logistiques
- Opérationnels
- Politiques

### **Aspects du DOTS**

#### **Techniques**

- Dépistage des cas et diagnostic
- Chimiothérapie standardisée de courte durée
- Observation directe pendant la première phase du traitement (DOT)
- Enregistrement et notification des progrès et de la guérison

### **DOT**

Environ un tiers des patients ne prennent pas leurs médicaments régulièrement comme il leur a été prescrit, et peut-être un tiers de ceux qui prennent leurs médicaments commettent des erreurs lors de l'auto-administration.

Source: Sbarbaro JA. The patient-physician relationship: compliance revisited. *Annals of Allergy*, 1990, 64:325-331.

### **Aspects du DOTS**

#### **Logistiques**

- Approvisionnement fiable en médicaments et produits de diagnostic
- Laboratoires pour l'examen microscopique
- Supervision et formation des personnels de santé

### **Aspects du DOTS**

#### **Opérationnels**

- Cinq éléments de base
- Souplesse d'exécution

### **Aspects du DOTS**

#### **Politiques**

- Engagement des pouvoirs publics
- Formulation des politiques
- Mobilisation des ressources

### **Les trois phases de la mise en oeuvre progressive du DOTS**

1. Une phase de projet pilote
2. Une phase d'extension
3. Une phase d'entretien

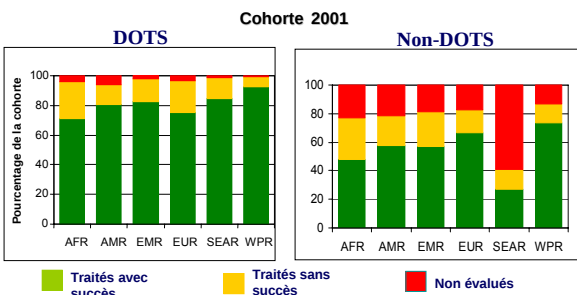
## Une stratégie axée sur la qualité

|                                | DOTS                                                                                                                        | Non-DOTS                                                  |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Dépistage                      | Passive, groupe à risque                                                                                                    | Actif en population                                       |
| Diagnostic                     | Trois frotis + radiographie limité                                                                                          | Radiographie ou radioscopie étendues                      |
| Catégorie                      | A frotis positif, à frotis négative, extrapulmonaire, nouveau cas, rechute, traitement après interruption, échec, transfert |                                                           |
| Traitement                     | Standardisé, DOT<br>décentralisé, peu coûteux                                                                               | Faible, individuel, insuffisant, centralisé ou spécialisé |
| Suivi                          | Frotis au bout de 2, 4, 6 or 2, 5, 8 mois                                                                                   | Non systématique, radiographie                            |
| Enregistrement et notification | Système standardisé                                                                                                         | Pas de dossier, non fait                                  |
| Guérison                       | Cohorte fiable                                                                                                              | Issue non fiable                                          |
| Résultat                       | Réussite, bon rapport coût-efficacité                                                                                       | Multirésistance, coût élevé                               |

## Le DOTS est davantage que

- Le DOT
- Seulement cinq éléments (comprend aussi: planification, budget, financement, formation, supervision, cartographie, gestion du personnel, analyse des données et évaluation)
- Strictement cinq éléments (comprend aussi: DOT assoupli en cas de faible incidence, culture et antibiogramme, radiographie et DOTS Plus)

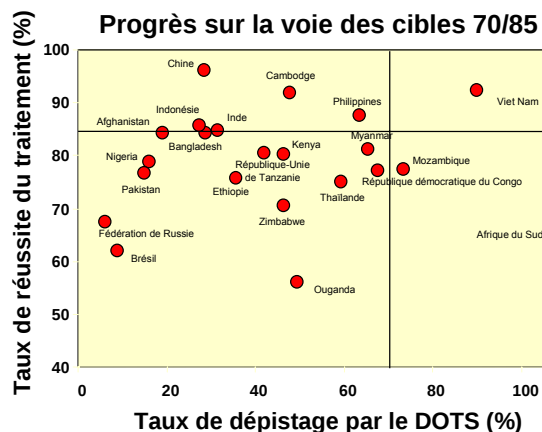
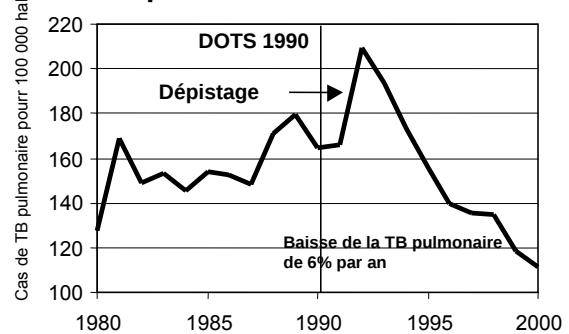
## Issue du traitement par région OMS: DOTS contre non-DOTS



AFR: Région africaine. AMR: Région des Amériques. EMR: Région de la Méditerranée orientale. EUR: Région européenne. SEAR: Région de l'Asie du Sud-Est. WPR: Région du Pacifique occidental

Source: Global tuberculosis control. WHO Report 2003. WHO/HTM/TB/2004.331

## Dynamique de la tuberculose pulmonaire au Pérou



## Stratégie mondiale recommandée par l'OMS pour stopper la tuberculose et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 2015

1. Poursuivre l'extension d'un DOTS de qualité et le renforcer
  - a. Engagement politique
  - b. Dépistage des cas par examen bactériologique
  - c. Traitement standardisé avec supervision et soutien au patient
  - d. Système efficace d'approvisionnement en médicaments
  - e. Système de suivi et évaluation de l'impact
2. Prendre en charge la co-infection tuberculose/VIH et la tuberculose multirésistante
3. Contribuer au renforcement des systèmes de santé
4. Obtenir l'engagement de tous les personnels de santé
5. Responsabiliser les patients et les communautés
6. Faciliter et promouvoir la recherche



#### La base de la stratégie mondiale recommandée par l'OMS:

##### 1. Poursuivre l'extension d'un DOTS de qualité et le renforcer

- a. Engagement politique avec planification à long terme, ressources humaines suffisantes et financement élargi et durable pour atteindre les cibles fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement
- b. Dépistage des cas par examen bactériologique (microscopie puis culture et antibiogramme) et renforcement du réseau de laboratoires pour faciliter le dépistage des cas à frottis positif, à frottis négatif, pharmacorésistants et multirésistants



19

##### 1. Poursuivre l'extension d'un DOTS de qualité et le renforcer

- c. Traitement standardisé, dans des conditions appropriées de prise en charge des cas, y compris DOT pour réduire le risque d'apparition d'une résistance, et soutien au patient pour augmenter l'observance et les chances de guérison
- d. Système efficace et régulier d'approvisionnement en médicaments, y compris le renforcement des capacités en matière de gestion des médicaments
- e. Système efficace de suivi pour la supervision et l'évaluation des programmes, y compris la mesure de leur impact



20

#### Les autres composantes de la stratégie mondiale recommandée par l'OMS

2. Prendre en charge la co-infection tuberculose/VIH et la tuberculose multirésistante et d'autres problèmes particuliers par la généralisation des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, du DOTS Plus et d'autres approches appropriées
3. Contribuer au renforcement des systèmes de santé en collaborant avec les autres programmes de santé et avec les services généraux pour, par exemple, mobiliser les ressources financières et humaines nécessaires pour la mise en oeuvre et l'évaluation de l'impact des programmes et en partageant et appliquant les enseignements de la lutte contre la tuberculose



21

#### Les autres composantes de la stratégie mondiale recommandée par l'OMS

4. Obtenir l'engagement de tous les personnels de santé dans le secteur public, non gouvernemental et privé, en renforçant les approches visant à coordonner les secteurs public et privé dans le but d'assurer le respect des normes internationales de soins aux patients tuberculeux, en particulier dans les populations les plus pauvres
5. Responsabiliser les patients et les communautés en généralisant les soins aux patients tuberculeux au niveau de la communauté et en suscitant la demande de soins par des activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale
6. Favoriser et promouvoir la recherche pour améliorer les performances des programmes et développer de nouveaux médicaments, produits de diagnostic et vaccins



22

#### Des soins antituberculeux de qualité pour tous : viser haut

- Le but premier de la stratégie DOTS est de fournir au patient des soins permettant de prévenir et de guérir la tuberculose.
- La stratégie DOTS repose sur des soins efficaces qui réduisent la souffrance et combattent et préviennent la tuberculose dans la communauté.
- Il existe déjà des normes de soins antituberculeux reposant sur des faits, mais elles doivent être davantage connues de l'ensemble des personnels de santé.
- Pour résumer, chaque professionnel de santé, du secteur public comme du secteur privé, devrait:
  - Diagnostiquer rapidement la tuberculose (confirmation bactériologique)
  - Traiter correctement la tuberculose (chimiothérapie de brève durée et soutien au traitement)
  - Rapporter les cas de tuberculose et l'issue du traitement
- Si tous les personnels de santé faisaient ce qu'il faut, la tuberculose serait endiguée.

# Unité 5, partie 2: Prise en charge clinique de la tuberculose

---

## Objectifs

---

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

- 1) de décrire la façon dont la prise en charge clinique de la tuberculose est organisée ;
- 2) d'énoncer les principes du diagnostic, du traitement et de la prise en charge en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose ;
- 3) d'expliquer les répercussions de ces principes sur la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

---

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants : Prise en charge clinique de la tuberculose

Exercice

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 5.2: Prise en charge clinique de la tuberculose (diapositives)

Document 5.3: Présentation de l'exercice pour l'Unité 5

---

# Document 5.2

## Prise en charge clinique de la tuberculose

Document No. 5.2



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

## Objectifs de la sous-unité

- Décrire la façon dont la prise en charge clinique de la tuberculose est organisée
- Enoncer les principes du diagnostic, du traitement et de la prise en charge de la tuberculose
- Expliquer les répercussions de ces principes sur la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

2

## Organisation de la prise en charge clinique: objectif

Assurer que les médicaments sont régulièrement pris jusqu'à guérison

3

## Organisation de la prise en charge clinique: facteurs

- Accès
  - distance, durée, coût, acceptabilité
- Approvisionnement régulier en médicaments
- Durée et périodicité du traitement
  - quotidien, intermittent
- Observation directe du traitement (DOT)
- Présentation des médicaments
  - plaquette thermoformée, association fixe, kit patient

4

## Différence entre diagnostic et dépistage

- Diagnostic: activité de soins de santé réalisée sur des personnes venant consulter pour des symptômes ou des signes de maladie
- Objectif principal: guérir le patient
- Utilise toutes les méthodes disponibles, et concerne tous les âges et toutes les localisations et formes de la maladie
- Est suivi d'une information au patient et de la prescription d'un traitement
- Le patient est responsable de son traitement

5

## Différence entre diagnostic et dépistage

- Dépistage: activité d'un programme de lutte principalement destinée à trouver les sources d'infection : cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif
- Se fait principalement par examen de frottis d'expectorations chez des personnes qui toussent depuis longtemps
- Pour raccourcir la durée d'infectiosité, réduire le risque de transmission de l'infection à la communauté, la mortalité et la morbidité (contacts et groupes à risque)
- Doit être suivi d'une information de la personne chez qui on a découvert une tuberculose et d'un traitement (responsabilité du programme)

6

## Dépistage des cas

- Les termes “actif” et “passif” sont dépassés
- Tout diagnostic est passif (réalisé à la demande du patient)
- Tout dépistage est actif
  - contacts
  - groupes à risque
  - patients suspects (avec toux) vus dans les établissements de santé
- La clé est la sélection correcte de la population cible et de la méthode de dépistage

7

## Dépistage des cas

### Examen de frottis d'expectorations

- Résultats rapides
- Corrélation avec l'infectiosité
- Détecte les sources principales
- En l'absence de VIH, corrélation avec la gravité
- Technique permettant la décentralisation
- Moins coûteux que la culture

8

## Dépistage des cas

### Examen de frottis d'expectorations

- Trois frottis permettent de détecter >60% des cas de tuberculose pulmonaire et >95% des cas les plus infectieux
- Un frottis permet de détecter ~75% des cas à frottis positif, le deuxième en ajoute ~20% et le troisième ~5%
- Un nouvel examen du frottis le lendemain maximise le résultat
- Réduit le nombre de visites (coût pour le patient)
  - le résultat est immédiatement disponible
  - la meilleure qualité s'obtient en réexaminant le frottis le lendemain
- Erreur (résultats discordants) <5%

9

## Dépistage des cas

### Culture d'expectorations

- Permet de confirmer *M. tuberculosis*
- Détecte des concentrations plus faibles (100 bactéries/ml)
- Une culture permet de détecter ~80% des cultures (+)
- N'identifie pas les cas les plus infectieux
- Long délai avant l'obtention des résultats
- Plus complexe que les frottis (laboratoire central)

10

## Dépistage des cas

### Radiologie

- Comme outil de diagnostic
  - utile pour le diagnostic différentiel et pour la localisation
  - rapide
  - exige une interprétation par un spécialiste
  - sous-lecture 20–30%, surlecture 1–20%
  - ne confirme pas le diagnostic
  - moins utile pour la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Comme outil de surveillance
  - discordance intra- et inter-observateur >20%
  - la présence de cavités (cicatrices) ne signifie pas une maladie active

11

## Dépistage des cas

### Radiologie

- Comme méthode de dépistage
  - n'identifie pas les sources les plus infectieuses
  - ~12% des cas positifs manqués, ~37% non confirmés
- Pour les examens de masse (microradiographie)
  - la plupart des cas sont détectés d'après les symptômes
  - ne détecte pas l'incidence (75% des cas dans le district de Kolin)
  - les frottis et cultures (+) apparaissent en moins d'un an
  - méthode coûteuse
  - conduit à un surdiagnostic
  - patients non motivés pour le traitement

12

## Dépistage des cas

Un cas à frottis (+) infecte ~10 plus de personnes qu'un cas à frottis (-)

Où trouver (activement) les sources d'infection?

- Dans la communauté
  - La prévalence est faible (1–2 pour 1000 habitants)
  - Ne détecte pas l'incidence vraie
  - Coûteux et complexe
  - Les patients dépistés ne sont pas motivés pour le traitement
- Dans les groupes à risque
  - Justifié si radiographie anormale, contacts, prisons
  - Si la prévalence est élevée (1–10%)
  - Il s'agit habituellement d'un petit nombre de personnes

13

## Dépistage des cas

Dépistage chez les patients qui toussent (dans les services ambulatoires)

- La toux est un symptôme courant chez les patients ambulatoires
- Le dépistage est rapide et peu coûteux
- 3–10% des patients adultes vus dans les services ambulatoires ont une toux qui dure depuis plus de deux semaines
- 1–10% ont un frottis positif pour la tuberculose
- De nombreux patients viennent pour d'autres raisons (y compris la vaccination des enfants)
- Les personnes atteintes de tuberculose viennent plusieurs fois dans le service avant le diagnostic

14

## Dépistage des cas

- Le meilleur indicateur du dépistage des cas est le nombre de personnes présentant une toux qui sont examinées en vue d'un diagnostic (au niveau du district).
- La positivité des frottis et la charge bacillaire sont des indicateurs opérationnels (pendant la phase d'extension) puis épidémiologiques.
- Dans les établissements de santé, le pourcentage de patients ambulatoires examinés est un indicateur de dépistage.
- Le dénominateur est facile à étudier.

15

## Dépistage des cas: définitions

- Suspicion de tuberculose: présence de signes ou symptômes de tuberculose
- Cas de tuberculose: confirmation bactériologique ou diagnostic par un médecin
- Cas certain de tuberculose: culture positive ou deux frottis d'expectorations positifs

16

## Dépistage des cas: conclusions

- Examen de frottis: détection rapide des sources pour réduire le risque d'infection (surveillance du traitement)
  - Culture: confirme la tuberculose (+ surveillance du traitement)
  - Radiologie: aide le diagnostic clinique (+ dépistage des groupes à risque)
- Le diagnostic de tuberculose pulmonaire chez l'adulte doit inclure les résultats de l'examen des frottis (positif ou négatif)

17

## Schémas thérapeutiques standardisés contre la tuberculose

| Catégorie de diagnostic | Personnes atteintes de tuberculose                                                                                                                 | Phase initiale<br>Tous les jours ou<br>3 fois par semaine                                                                                                                       | Continuation<br>Tous les jours ou<br>3 fois par semaine                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                       | Nouveaux cas à frottis positif<br>Nouveaux cas à frottis négatif (traitement étendu)<br>Maladie grave à VIH ou formes graves de TB extrapulmonaire | Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide + éthambutol pendant 2 mois (2 HRZE)                                                                                                    | Isoniazide + rifampicine pendant 4 mois (4 HR) ou Isoniazide + éthambutol tous les jours pendant 6 mois (6 HE) |
| 2                       | Cas à frottis positif déjà traités: rechute<br>Nouveau traitement après échec<br>Nouveau traitement après interruption                             | Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide + éthambutol + streptomycine pendant 2 mois (2 HRZES) puis isoniazide + rifampicine + pyrazinamide + éthambutol pendant 1 mois (1 HRZE) | Isoniazide + rifampicine + éthambutol pendant 5 mois (5 HRE)                                                   |
| 3                       | Nouveaux cas à frottis négatifs (autres que catégorie 1)<br>Cas moins graves de tuberculose extrapulmonaire                                        | Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide + éthambutol pendant 2 mois (2 HRZE)                                                                                                    | Isoniazide + rifampicine pendant 4 mois (4 HR) ou isoniazide + éthambutol tous les jours pendant 6 mois (6 HE) |
| 4                       | Tuberculose chronique et multirésistante (frottis restant positif après nouveau traitement sous surveillance)                                      | Schémas thérapeutiques spéciaux, standardisés ou individuels                                                                                                                    |                                                                                                                |

18

## Organisation du traitement (1)

### Alternatives de la phase initiale

- Hospitalisation (traitement quotidien)
- Coûteuse, aide le patient mais pas sa famille
- Alimentation, repos, spécialistes non déterminants
- Permet l'observation directe de la prise de médicaments
- Ambulatoire (traitement quotidien ou 3 fois par semaine)
- Accessible, acceptable, permet au patient de travailler
- Nécessite des fournitures bien organisées, du personnel
- Nécessite l'organisation du DOT

19

## Organisation du traitement (2)

### Alternatives de la phase initiale

- 3 ou 4 médicaments
  - gravité, charge bacillaire, VIH, résistance
- Associations fixes
  - permettent une prise en “tout ou rien”
  - pratiques pour définir la dose en fonction du poids
- Kits patient
  - assurent la fourniture d'un traitement complet
  - facilitent les commandes et la distribution

20

## Organisation du traitement (3)

### Alternatives de la phase de continuation du traitement

- Isoniazide + rifampicine 6 mois (sous observation) ou isoniazide + éthambutol 8 mois
  - Isoniazide + rifampicine plus efficace, surtout chez les personnes VIH-positives
- “Tous les jours” ou 3 fois par semaine
  - Trois fois par semaine est mieux pour le traitement sous observation, moins coûteux pour le patient, donne le temps de récupérer
- Associations fixes, plaquettes thermoformées et kits patient

21

## Processus de dispensation du traitement

- Activité intégrée incluant:
  - Posologie appropriée (qualité prouvée, choix approprié, dose correcte, administration au bon moment ...)
  - Intégration du cycle de gestion des médicaments, de la composante formation et développement des capacités et de la composante éducation sanitaire (du patient) du programme
  - Composante DOT

22

## Document 5.3:

### Présentation de l'exercice pour l'Unité 5

Pour cet exercice, votre facilitateur répartira les participants en groupes de trois. Le but de l'exercice est d'analyser la mise en œuvre de la stratégie DOTS en « Fictitie », d'identifier les lacunes et de proposer des activités correctrices.

- Lisez le rapport sur la Fictitie dans l'Annexe 1 ;
- Analysez ce que le programme national de lutte contre la tuberculose a réalisé jusqu'à maintenant dans le pays pour la mise en œuvre de la stratégie DOTS, par rapport aux recommandations de l'OMS concernant l'approche de santé publique, en vous intéressant particulièrement aux aspects suivants :
  - 1) organisation des services de diagnostic et de traitement de la tuberculose ;
  - 2) standardisation des schémas thérapeutiques antituberculeux ;
  - 3) administration d'un traitement préventif par l'isoniazide ;
  - 4) collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA.
- Identifiez les lacunes immédiates du programme (notamment en ce qui concerne le renforcement des capacités du système de santé) et proposez des priorités pour votre plan.
- 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.**

# Unité 6, partie 1: Accès universel au traitement antirétroviral

---

## Objectifs

---

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

- 1) de décrire l'accès universel au traitement antirétroviral (justification, principes de base, cibles, objectifs et éléments du cadre stratégique)
- 2) d'expliquer les répercussions de l'accès universel au traitement antirétroviral sur la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

---

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Accès universel au traitement antirétroviral  
Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 6.1: Accès universel au traitement antirétroviral (diapositives)  
Document 6.2: *Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH (1)*

---

# Document 6.1:

## Accès universel au traitement antirétroviral

Document No. 6.1



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

1

## Objectifs de la sous-unité

- Décrire l'accès universel au traitement antirétroviral (justification, principes et installations de base, cibles, objectifs et éléments du cadre stratégique)
- Expliquer les répercussions de ces principes sur la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

2

## Mythes concernant le traitement antirétroviral

- Les pays en développement sont trop pauvres pour pouvoir accéder aux antirétroviraux.
- Les antirétroviraux sont trop compliqués.
- L'infrastructure est insuffisante pour la mise en oeuvre du traitement antirétroviral:
  - Systèmes insuffisants d'acquisition et de distribution des médicaments
  - Pas de laboratoires pour surveiller la résistance
- Les ressources humaines sont insuffisantes
  - Pour prescrire et surveiller l'application du traitement antirétroviral
- Tout doit être en place avant d'entreprendre quoi que ce soit.

3

## Pourquoi maintenant?

- Six millions de personnes ont besoin d'un traitement antirétroviral
- Seulement 1 million en recevaient un à la mi-2005
- Le traitement antirétroviral offre un espoir
  - Il a réduit les taux de décès de 80% en Europe et dans les Amériques
  - Les prix des médicaments continuent de baisser
- Engagement politique sans précédent au niveau mondial
- Nouvelles sources de financement – USD 20 milliards à disposition:
  - Sources multilatérales: Banque mondiale, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
  - Financement bilatéral: United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, United Kingdom Department for International Development, GTZ et Suède

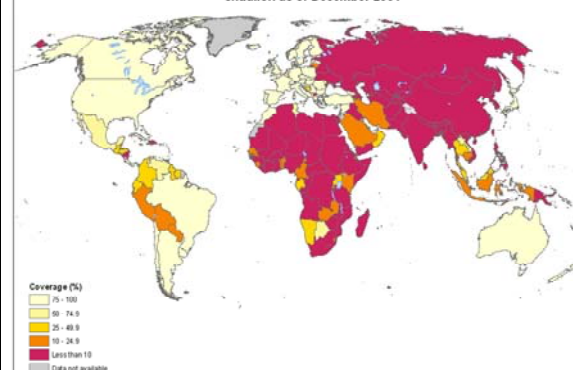
4

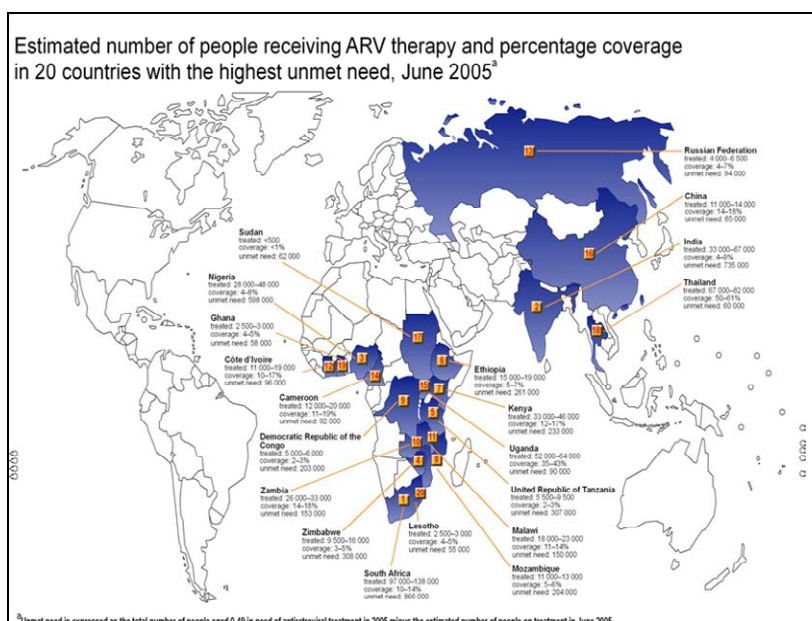
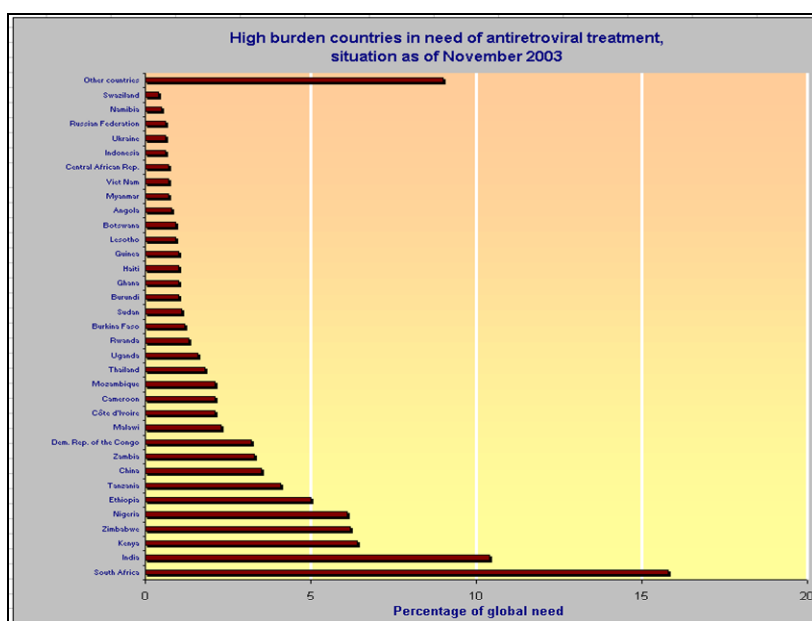
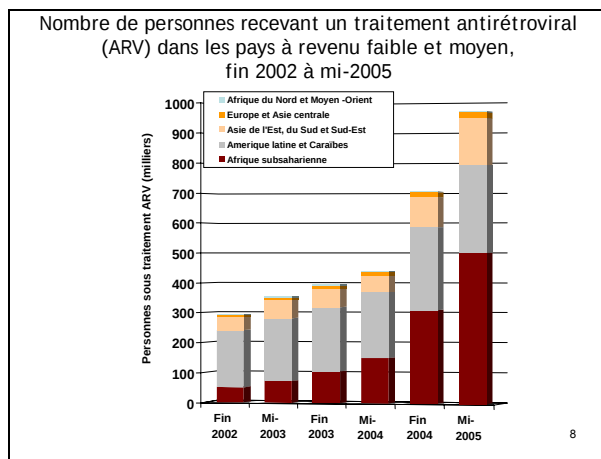
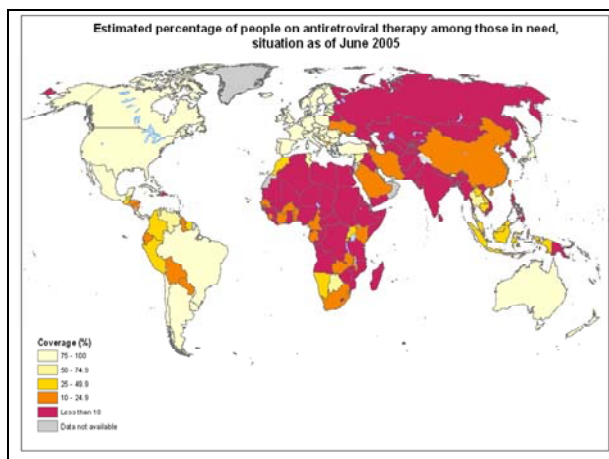
## Couverture du traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible et moyen, juin 2005

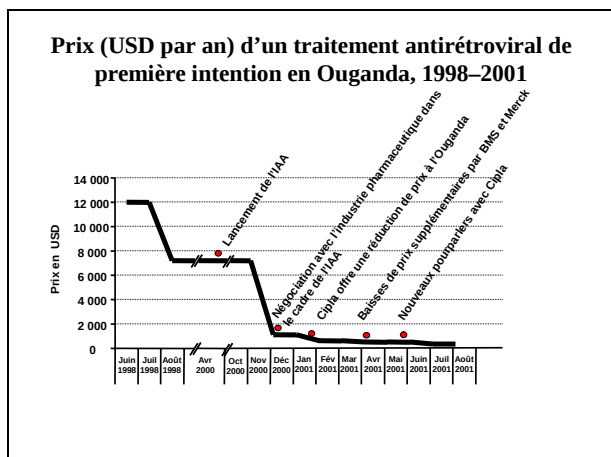
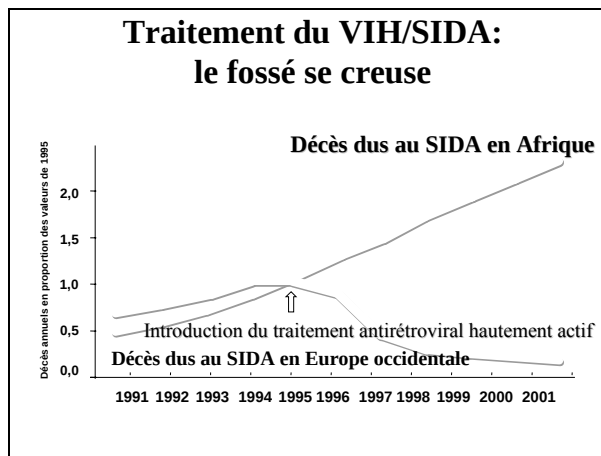
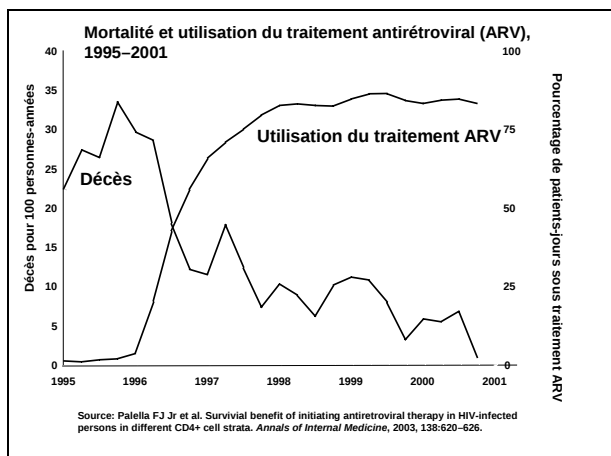
| Région géographique                 | Nombre de personnes<br>recevant un traitement<br>antirétroviral |                     | Besoins<br>estimés | Couverture |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------|
|                                     | (fourchette des<br>estimations)                                 |                     |                    |            |
| Afrique subsaharienne               | 500 000                                                         | (425 000–575 000)   | 4 700 000          | 11%        |
| Amérique latine et Caraïbes         | 290 000                                                         | (270 000–310 000)   | 465 000            | 62%        |
| Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est | 155 000                                                         | (125 000–185 000)   | 1 100 000          | 14%        |
| Europe et Asie centrale             | 20 000                                                          | (18 000–22 000)     | 160 000            | 13%        |
| Afrique du Nord et Moyen-Orient     | 4 000                                                           | (2 000–6 000)       | 75 000             | 5%         |
| Total                               | 970 000                                                         | (840 000–1 100 000) | 6,5 millions       | 15%        |

5

Estimated percentage of people on antiretroviral therapy among those in need, situation as of December 2004







- Principes directeurs**
- Respect des normes éthiques
  - Accès universel et équitable
  - Prise en compte des groupes vulnérables
  - Participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA
  - Le pays reste aux commandes
  - Partenariat intensif (pays, partenaires multilatéraux, partenaires bilatéraux, communautés et secteur privé)
  - Innovation, apprentissage et partage

- Cadre stratégique**
1. Leadership mondial, partenariat solide, sensibilisation
  2. Appui urgent et durable aux pays
  3. Outils simplifiés et standardisés pour la dispensation du traitement antirétroviral
  4. Approvisionnement efficace et fiable en médicaments et produits de diagnostic
  5. Identification et mise en application rapides des nouvelles données de la recherche et des résultats obtenus

- Accélérer la prévention**
- Il faut généraliser en même temps le traitement et la prévention sinon l'épidémie se poursuivra
  - L'accès au traitement peut réduire la stigmatisation et faciliter la prévention
  - Le dépistage systématique augmente le nombre de personnes qui connaissent leur statut VIH
  - Le traitement a la capacité de mobiliser des fonds pour généraliser la prévention

## Influence des enseignements de la tuberculose

- Ciblage
- Approche de santé publique
- Intégration de la prévention et du traitement
- Nom déposé
- Partenariats
- Standardisation et harmonisation
- Réalisation de l'accès des personnes atteintes de tuberculose aux médicaments
- et plus encore .....

## Généralisation du traitement: pays ayant demandé une assistance, mars 2004



## Besoins d'assistance technique identifiés

| Domaines d'assistance technique                                                                                      | % des pays |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| • Développement des capacités ( <i>outils et formation</i> )                                                         | 60%        |
| • Médicaments et produits de diagnostic<br>( <i>acquisition, gestion de la chaîne des approvisionnements, etc.</i> ) | 56%        |
| • Suivi et évaluation ( <i>système de suivi des patients</i> )                                                       | 48%        |
| • Traitement antirétroviral ( <i>questions de politique et d'équité</i> )                                            | 44%        |
| • Planification des ressources humaines                                                                              | 32%        |
| • Conseil et test VIH                                                                                                | 28%        |
| • Laboratoire                                                                                                        | 20%        |
| • Communication et sensibilisation                                                                                   | 16%        |
| • Coordination et gestion ( <i>sous-évalué</i> )                                                                     | 15%        |
| • Collecte de fonds                                                                                                  | 8%         |
| • Participation communautaire                                                                                        | 5%         |
| • Partenariat                                                                                                        | 5%         |

## Conclusions

- L'intervention de santé publique la plus exigeante
- Très nombreuses possibilités supplémentaires de développer les systèmes de santé
- Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être renforcés et adaptés aux besoins des pays

# Unité 6, partie 2: Prise en charge clinique du VIH/SIDA

---

## Objectifs

---

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

- 1) de décrire la façon dont la prise en charge clinique du VIH/SIDA est organisée ;
  - 2) de passer en revue les critères cliniques et biologiques d'admissibilité au traitement antirétroviral, les schémas thérapeutiques et les effets secondaires des antirétroviraux ;
  - 3) d'expliquer les répercussions de ces principes sur la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Prise en charge clinique du VIH/SIDA

Exercice

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 6.3: Prise en charge clinique du VIH/SIDA (diapositives)

Document 6.4: Exercice

Document 6.5: *Améliorer l'accès aux antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique – Révision 2003* (2)

Document 6.6: *TB/VIH : manuel clinique* (3)

Document 6.7: *Prise en charge intégrée de la maladie chez l'adolescent et l'adulte : directives provisoires pour le personnel de santé de premier niveau* (4)

Document 6.8: *Participant manual for the WHO basic ART clinical training course* (5)

---

# Document 6.3:

## Prise en charge clinique du VIH/SIDA

Document No. 6.3



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

## Objectifs de la sous-unité

- Décrire l'organisation de la prise en charge clinique du VIH/SIDA d'après la publication de l'OMS *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées: recommandations pour une approche de santé publique*
- Examiner les critères cliniques et biologiques de mise en route du traitement antirétroviral et les effets secondaires du traitement
- Expliquer les répercussions de ces principes sur la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

## Principes des directives révisées

- Révision et mise à jour des directives 2002
- Directives pour le traitement antirétroviral standardisées et simplifiées pour que la stratégie OMS "3 millions d'ici 2005" permette une généralisation rapide du traitement
- Axées sur les pays à ressources limitées
- Destinées aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA et autres instances chargées de définir les politiques

## *Améliorer l'accès aux antirétroviraux dans les pays à ressources limitées – Points clés (1)*

- Standardisation et simplification des schémas thérapeutiques antirétroviraux et des outils de surveillance (pour faciliter le traitement initial)
- Meilleure définition des schémas thérapeutiques de première et deuxième intention
  - Première intention: schémas basés sur les inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse (cinq médicaments et quatre possibilités)
  - Deuxième intention: schémas basés sur les inhibiteurs de protéase (de préférence antiprotéase potentialisée)
- Associations fixes et présentations sous plaquettes thermoformées pour améliorer l'observance du traitement, limiter l'émergence de la pharmacorésistance et faciliter la logistique

## *Améliorer l'accès aux antirétroviraux dans les pays à ressources limitées – Points clés (2)*

- L'association stavudine, lamivudine et névirapine (d4T/3TC/NVP) est l'option de première intention la plus adaptée pour débiter immédiatement le traitement dans les contextes de très faibles ressources (pas de laboratoire, faible coût, associations fixes disponibles, convient à différents groupes de patients)
- Poids du patient, numération lymphocytaire totale, échelle colorimétrique pour la détermination du taux d'hémoglobine, paramètres de surveillance objectifs (CD4 souhaitable, charge virale déconseillée)
- Examens de laboratoire selon les symptômes en cas de toxicité

## Critères d'admissibilité au traitement antirétroviral

- Infection VIH confirmée au laboratoire
- Evaluation clinique de l'infection et de la maladie VIH (système OMS de classification des stades)
- Numération des CD4
- Numération lymphocytaire totale comme autre indication de traitement (maladie VIH symptomatique de stade II)
- L'estimation de la charge virale n'est pas considérée comme indispensable pour commencer le traitement

### Système OMS de classification des stades de l'infection et de la maladie à VIH chez l'adulte et l'adolescent (1)

#### Stade clinique OMS 1: asymptomatique

- Pas de perte de poids
- Pas de symptômes ou seulement lymphadénopathie généralisée persistante
- Echelle de performance 1: asymptomatique, activité normale

#### Stade clinique OMS 2: maladie de faible gravité

- Perte de poids 5-10%
- Manifestations cutané-muqueuses mineures, zona dans les cinq dernières années, infections urinaires à répétition, sinusite ou otite bactériennes
- Echelle de performance 2: symptomatique, activité normale

### Système OMS de classification des stades de l'infection et de la maladie à VIH chez l'adulte et l'adolescent (2)

#### Stade clinique OMS 3: maladie de gravité modérée

- Perte de poids >10%
- Diarrhée chronique inexpliquée ou fièvre prolongée inexpliquée >1 mois, candidose buccale (muguet), leucoplasie chevelue de la cavité buccale, **tuberculose pulmonaire au cours de l'année écoulée**, infections bactériennes graves (par exemple pneumonie ou pyomyosite)
- Echelle de performance 3: alité <50% de la journée durant le dernier mois

8

### Système OMS de classification des stades de l'infection et de la maladie à VIH chez l'adulte et l'adolescent (3)

#### Stade clinique OMS 4: maladie grave (SIDA)

- Syndrome cachectique dû au VIH
- Pneumopathie à *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cérébrale, cryptosporidiose avec diarrhée >1 mois, cryptococcose extrapulmonaire, maladie à cytomégalovirus d'un organe autre que foie, rate ou nodule lymphatique (par exemple rénite), infection par virus herpes simplex mucocutanée ou viscérale, leucoencéphalopathie multifocale progressive, toute mycose endémique disséminée, candidose de l'oesophage, de la trachée, des bronches, **mycobactériose atypique à *Mycobacterium tuberculosis* (disséminée ou pulmonaire)**, septicémie à salmonelle non typhoïdique, **tuberculose extrapulmonaire**, lymphome, sarcome de Kaposi, encéphalopathie à VIH
- Echelle de performance 4: alité > 50% de la journée durant le dernier mois

9

### Recommandations pour la mise en route du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent atteints d'une infection à VIH documentée (1)

Si la numération des CD4 est possible:

- Maladie de stade OMS IV, *quel que soit* le nombre de CD4
- Maladie de stade OMS III, *envisager*<sup>a</sup> de prendre la décision de traiter si le nombre de CD4 est <350
- Stade OMS I ou II si le nombre de CD4 est <200

<sup>a</sup>Dans un tel cas, la décision de débiter ou de différer le traitement antirétroviral doit tenir compte non seulement de la numération des CD4 et de son évolution, mais aussi des affections ou états concomitants.

### Recommandations pour la mise en route du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'adolescent atteints d'une infection à VIH documentée (2)

Si la numération des CD4 est impossible :<sup>a</sup>

- Maladie de stade OMS IV, *quel que soit* le nombre total de lymphocytes
- Maladie de stade OMS III, *quel que soit* le nombre total de lymphocytes
- Maladie de stade OMS I ou II avec un nombre total de lymphocytes <1200

<sup>a</sup> Le nombre total de lymphocytes n'est utile que chez les personnes présentant des symptômes. En l'absence de numération des CD4, on ne doit pas traiter un adulte asymptomatique de stade I ou II.

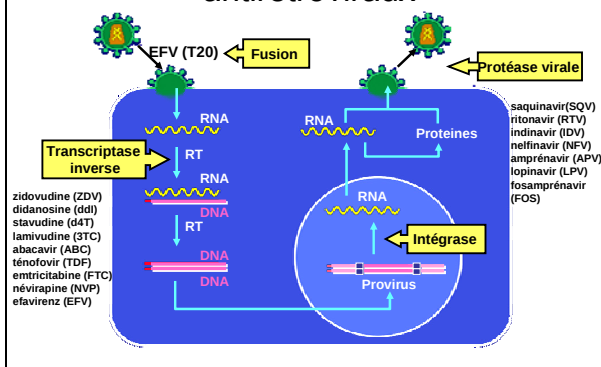
## Schémas thérapeutiques antirétroviraux et surveillance

- Schémas thérapeutiques de première intention et de deuxième intention recommandés par l'OMS et déterminants de leur choix
- Etapes recommandées pour la surveillance clinique et biologique du traitement antirétroviral

## Déterminants du choix des schémas thérapeutiques de première intention

- Activité
- Profil des effets secondaires
- Possibilités d'options futures
- Observance prévue
- Existence d'associations fixes d'antirétroviraux
- Affections ou états concomitants (tuberculose, grossesse, risque de grossesse)
- Prise concomitante d'autres médicaments
- Présence d'une souche virale résistante
- Coût et disponibilité
- Infrastructure limitée
- Dispensation en zones rurales

## Cibles actuelles des antirétroviraux



## Antirétroviraux recommandés

| Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (NsRTI) | Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (NtRTI) | Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (NNRTI) | Inhibiteurs de protéase (PI) |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Zidovudine<br><b>ZDV</b>                                       | Ténofovir<br><b>TDF</b>                                        | Névirapine<br><b>NVP</b>                                           | Saquinavir<br><b>SQV</b>     |
| Didanosine<br><b>ddI</b>                                       |                                                                | Efavirenz<br><b>EFZ</b>                                            | Ritonavir<br><b>RTV</b>      |
| Lamivudine<br><b>3TC</b>                                       |                                                                |                                                                    | Lopinavir<br><b>LPV</b>      |
| Stavudine<br><b>d4T</b>                                        |                                                                |                                                                    | Nelfinavir<br><b>NFV</b>     |
| Abacavir<br><b>ABC</b>                                         |                                                                |                                                                    |                              |

15

## Traitement antirétroviral de première intention et de deuxième intention recommandés par l'OMS chez l'enfant

| Schéma thérapeutique de première intention | Schéma thérapeutique de deuxième intention                                                                                                                       |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| stavudine (d4T) ou zidovudine (ZDV)        | abacavir (ABC) <sup>a</sup>                                                                                                                                      |
| +                                          | +                                                                                                                                                                |
| lamivudine (3TC)                           | didanosine (ddI)                                                                                                                                                 |
| +                                          | +                                                                                                                                                                |
| névirapine (NVP) or efavirenz (EFZ)        | inhibiteur de protéase: lopinavir potentialisé par ritonavir (LPV/r) ou nelfinavir (NFV), ou saquinavir potentialisé par ritonavir (SQV/r) si poids $\geq 25$ kg |

<sup>a</sup>Les données pharmacocinétiques sur le ténofovir chez l'enfant sont insuffisantes pour que ce médicament puisse être recommandé comme inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse utilisable en substitution, et de plus on se pose des questions quant à sa toxicité osseuse.

## Problèmes associés aux schémas thérapeutiques de deuxième intention

- Multiples mutations de résistance
- Grand nombre de comprimés nécessaire
- Expérience limitée
- Disponibilité du ténofovir (TDF)
- Hypersensibilité à l'abacavir (ABC)
- Chaîne du froid pour le ritonavir (RTV)
- Coût élevé

## Schémas thérapeutiques antirétroviraux de première intention

| Schéma thérapeutique                                                                        | Association fixe                        | Utilisation dans la co-infection tuberculose/VIH                                       | Surveillance biologique | Prix (PMD) USD/an |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| Stavudine + lamivudine + névirapine<br>30-40/150/200 mg<br>Deux fois par jour <sup>a</sup>  | Oui                                     | Schéma de substitution – de préférence pas en cas d'interaction rifampicine-névirapine | Non                     | 281-358           |
| Zidovudine + lamivudine + névirapine<br>300/150/200 mg<br>Deux fois par jour <sup>a</sup>   | Oui                                     | Schéma de substitution – de préférence pas en cas d'interaction rifampicine-névirapine | Oui                     | 383-418           |
| Stavudine + lamivudine + efavirenz<br>30-40/150 mg deux fois par jour + 600-800 mg une fois | Non<br>Seulement stavudine + lamivudine | Oui<br>interaction rifampicine-efavirenz                                               | Non                     | 350-1086          |
| Zidovudine + lamivudine + efavirenz<br>300/150 mg deux fois + 600-800 mg une fois           | Non<br>Seulement stavudine + lamivudine | Oui<br>interaction rifampicine-efavirenz                                               | Oui                     | 611-986           |

<sup>a</sup>Névirapine 200 mg une fois par jour pendant deux semaines en début de traitement. PMD: pays les moins développés.

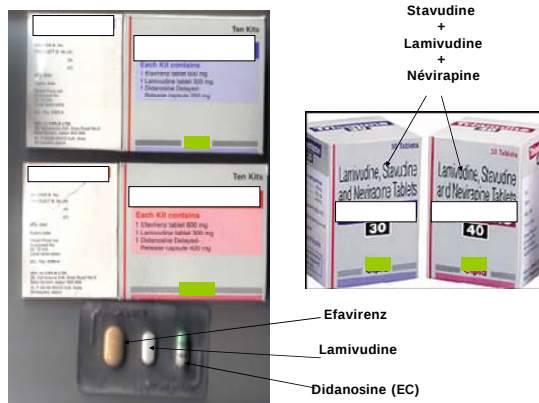
## Pourquoi des associations fixes?

- Réduit sensiblement le nombre de comprimés à prendre chaque jour
- Améliore l'observance et réduit le risque d'émergence d'une résistance
- Coût plus faible
- Facilite la logistique
- Facilite l'emploi de stratégies de traitement sous observation
- Réduit la durée du processus de production et permet une dispensation plus rapide

## Associations fixes d'antirétroviraux en usage chez l'adulte et l'adolescent VIH-positifs à la fin 2003

|                                                                                                                    |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Associations triples</b>                                                                                        | Stavudine (40 mg) + lamivudine (150 mg) + névirapine (200 mg)* |
|                                                                                                                    | Stavudine (40 mg) + lamivudine (150 mg) + névirapine (200 mg)* |
|                                                                                                                    | Zidovudine (300 mg) + stavudine (150 mg) + névirapine (200 mg) |
|                                                                                                                    | Zidovudine (300 mg) + lamivudine (150 mg) + abacavir (300 mg)* |
| <b>Associations doubles<br/>(à utiliser avec un troisième antirétroviral et pour le démarrage avec névirapine)</b> | Stavudine (30 mg) + lamivudine (150 mg)                        |
|                                                                                                                    | Stavudine (40 mg) + lamivudine (150 mg)                        |
|                                                                                                                    | Zidovudine (300 mg) + lamivudine (150 mg)*                     |

\*Chez les fabricants préqualifiés par l'OMS.



## Points à prendre en compte chez les personnes atteintes de tuberculose

- Rifampicine: interactions médicamenteuses avec névirapine et antiprotéases
- Nombre de comprimés à prendre chaque jour et observance
- Toxicité médicamenteuse
- Traitement de première intention recommandé: (zidovudine ou stavudine) + lamivudine + efavirenz (600 ou 800 mg/jour)
- Questions sur l'utilisation de la névirapine: augmentation de la toxicité hépatique? Faible efficacité due à une baisse de 50% des concentrations sériques?
- Zidovudine + lamivudine + abacavir est une autre alternative, en particulier chez l'enfant
- Le moment optimal pour débiter un traitement antirétroviral est inconnu, mais selon un consensus d'experts:
  - **CD4 <200:** commencer le traitement antituberculeux; *recommander* le traitement antirétroviral dès que le traitement antituberculeux est toléré (2-8 semaines)
  - **CD4 200-350:** commencer le traitement antituberculeux; *envisager* le traitement antirétroviral
  - **CD4 >350:** commencer le traitement antituberculeux; *différer* le traitement antirétroviral
  - **Si la numération des CD4 n'est pas possible:** commencer le traitement antituberculeux; *recommander* le traitement antirétroviral, date de début en fonction des autres signes cliniques d'immunodéficience

## Evaluation clinique et biologique chez l'adulte et l'adolescent sous traitement antirétroviral

### Evaluations avant traitement:

- Stade de la maladie VIH
- Affections ou états concomitants (tuberculose, grossesse, troubles mentaux majeurs)
- Prise concomitante de médicaments (y compris remèdes traditionnels)
- Poids
- Patient prêt à accepter le traitement

## Evaluation clinique et biologique chez l'adulte et l'adolescent sous traitement antirétroviral

### Evaluations en cours de traitement:

- Recherche des signes et symptômes de toxicité potentielle
- Poids
- Evaluation de la réponse au traitement
- Evaluation de l'observance
- Examens de laboratoire si cliniquement indiqué (en fonction du schéma thérapeutique utilisé)

Surveillance biologique de base pour les schémas thérapeutiques antirétroviraux de première intention au niveau du centre communautaire ou de district (niveaux 1 et 2)

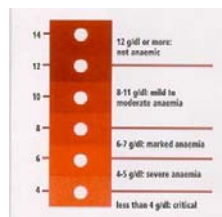
| Schéma thérapeutique                 | Examens de laboratoire avant traitement                                                                           | Examens de laboratoire en cours de traitement <sup>a</sup>                                      |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stavudine + lamivudine + névirapine  | Non nécessaires (CD4 souhaitable)                                                                                 | En fonction des symptômes: alanine aminotransférase (ALT)<br>CD4 tous les 6–12 mois si possible |
| Zidovudine + lamivudine + névirapine | Recommandé: hémoglobine<br>Souhaitables mais non nécessaires: numération-formule sanguine, CD4                    | En fonction des symptômes: hémoglobine, leucocytes, ALT<br>CD4 tous les 6–12 mois si possible   |
| Stavudine + lamivudine + efavirenz   | Non nécessaires (CD4 et test de grossesse souhaitables)                                                           | En fonction des symptômes<br>CD4 tous les 6–12 mois si possible                                 |
| Zidovudine/ lamivudine + efavirenz   | Recommandé: hémoglobine<br>Souhaitables mais non nécessaires: numération-formule sanguine, CD4, test de grossesse | En fonction des symptômes: hémoglobine, leucocytes<br>CD4 tous les 6–12 mois si possible        |

<sup>a</sup>Si des symptômes de toxicité apparaissent (ne pas effectuer en routine)

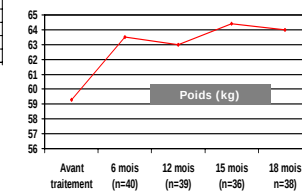
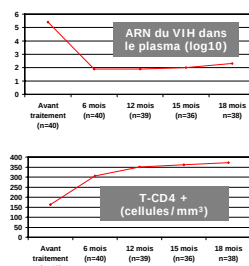
## Capacités de laboratoire recommandées pour la surveillance du traitement antirétroviral

| Centre de santé communautaire (niveau 1)                                                                                                                                                                                      | Hôpital de district (niveau 2)                                                                                                                                                                                                                          | Hôpital régional de recours (niveau 3)                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Test VIH rapide<br><br>Hémoglobine (pour la zidovudine)<br><br>Test de grossesse (pour l'efavirenz chez la femme)<br><br>Frottis d'expectorations pour dépistage de la tuberculose (transférer si microscopie pas disponible) | Test VIH rapide<br><br>Deuxième méthode sérologique rapide de dépistage du VIH<br>Numération-formule sanguine<br>Numération des CD4<br>ALT<br>Test de grossesse (pour l'EFZ chez la femme)<br>Frottis d'expectorations pour dépistage de la tuberculose | Test VIH rapide<br>Deuxième méthode sérologique rapide de dépistage du VIH<br>Numération-formule sanguine<br>Numération des CD4<br>Chimie sanguine<br>Test de grossesse (pour l'efavirenz chez la femme)<br>Frottis d'expectorations pour dépistage de la tuberculose<br>Charge virale |

Echelle colorimétrique de détermination du taux d'hémoglobine: un outil simple, pratique et peu coûteux mis au point par l'OMS



Charge virale moyenne, CD4 et évolution du poids après traitement antirétroviral en Afrique du Sud (projet MSF)



Définition de l'échec thérapeutique chez l'adulte et l'adolescent

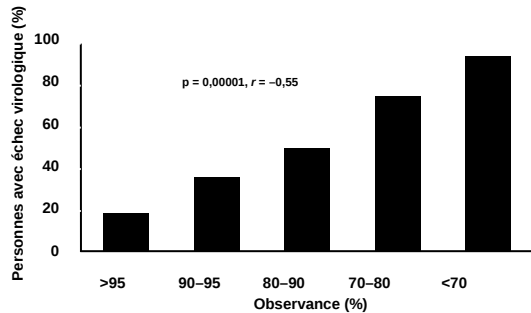
| Critères cliniques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Numération des CD4                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Nouvelle infection opportuniste ou forme maligne (à distinguer du syndrome de reconstitution immunitaire)</li> <li>Récurrence d'infections opportunistes antérieures (par exemple une candidose buccale réfractaire au traitement)<sup>a</sup></li> <li>Apparition ou récurrence de maladies de stade OMS III</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retour du nombre de CD4 aux valeurs avant traitement ou au-dessous sans autre cause</li> <li>Baisse ≥50% du nombre maximal de CD4 sous traitement sans autre cause</li> </ul> |

<sup>a</sup>La récurrence de la tuberculose ne traduit pas nécessairement une progression de la maladie car une réinfection peut se produire; une évaluation clinique est nécessaire.

## Reconstitution immunitaire

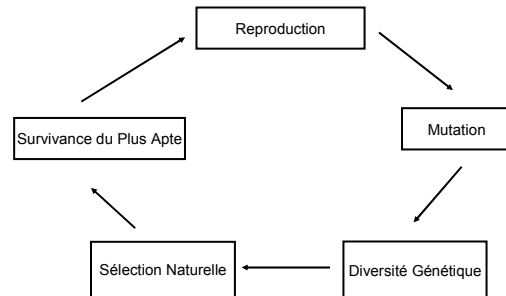
- Réponse inflammatoire au cours des 1–2 premiers mois
- Spectre des manifestations cliniques – fièvre, adénopathie, atteinte pulmonaire et neurologique
- En cas d'infection latente à *Mycobacterium tuberculosis*, possibilité de passage à une tuberculose active
- Si une tuberculose active se déclenche, il n'est pas nécessaire d'arrêter le traitement antirétroviral.

### Corrélation entre l'observance du traitement et l'échec virologique



Source: Paterson DL et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133:21-30.

### L'évolution selon Darwin



32

### Résistance du VIH: notions de base

- Des variants génétiques sont produits en permanence du fait du taux élevé de renouvellement de la charge virale et du taux d'erreur intrinsèque de la transcriptase inverse.
  - Sur chaque codon, des mutations se produisent quotidiennement.
    - La survie du virus dépend de la compétence de la réplication et de la présence d'une pression sélective immunitaire ou médicamenteuse.
  - Il se produit également des mutations doubles sur le même génome, mais trois mutations ou plus sont rares.
  - Il existe de nombreux polymorphismes naturels.

### Pharmacorésistance du VIH et pays en développement

- L'émergence et la propagation de souches pharmacorésistantes sont une conséquence inévitable de l'introduction du traitement antirétroviral.
- Cela ne constitue pas une raison pour différer l'introduction d'un traitement efficace dans les pays en développement.
- Les stratégies de prévention de la pharmacorésistance doivent être mises en place parallèlement aux programmes de traitement antirétroviral.
- La surveillance de la pharmacorésistance doit être un élément de base des programmes de traitement antirétroviral.
- Les questions techniques doivent être abordées
  - Examens de laboratoire
  - Transfert de technologie

### Effets indésirables des antirétroviraux: effets spécifiques des différentes catégories

|              |                                                                                                |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NsRTI</b> | Acidose lactique; toxicité mitochondriale<br>syndrome lipodystrophique en cas d'usage prolongé |
| <b>NtRTI</b> | Toxicité mitochondriale                                                                        |
| <b>NNRTI</b> | Eruption cutanée<br>Hépatite                                                                   |
| <b>PI</b>    | Syndrome lipodystrophique<br>Hyperlipidémie<br>Hyperglycémie                                   |

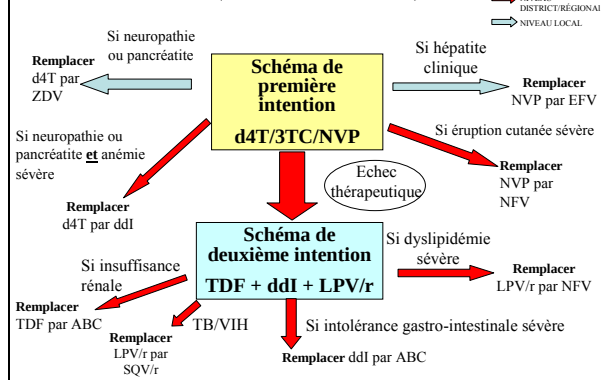
### Effets secondaires spécifiques

- Zidovudine**: intolérance gastro-intestinale, hématotoxicité (anémie), myalgies, céphalées
- Stavudine**: neuropathie périphérique, pancréatite, lipoatrophie
- Névirapine**: hypersensibilité cutanée, hépatotoxicité
- Efavirenz**: tératogénicité, troubles mentaux
- Nelfinavir**: intolérance gastro-intestinale, éruption cutanée
- Lopinavir**: intolérance gastro-intestinale, hypercholestérolémie et triglycéridémie

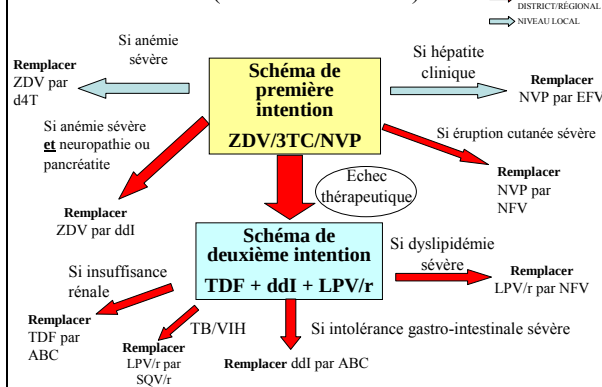
## Schémas thérapeutiques antirétroviraux de première intention: principaux effets secondaires

| Schéma thérapeutique                 | Principaux effets secondaires                                                                           |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stavudine + lamivudine + névirapine  | Lipoatrophie et neuropathie; toxicité cutanée et hépatique; ne pas utiliser névirapine avec rifampicine |
| Zidovudine + lamivudine + névirapine | Anémie; toxicité cutanée et hépatique; ne pas utiliser névirapine avec rifampicine                      |
| Stavudine + lamivudine + efavirenz   | Lipoatrophie et neuropathie; symptômes neurologiques et tératogénicité                                  |
| Zidovudine + lamivudine + efavirenz  | Anémie; symptômes neurologiques et tératogénicité                                                       |

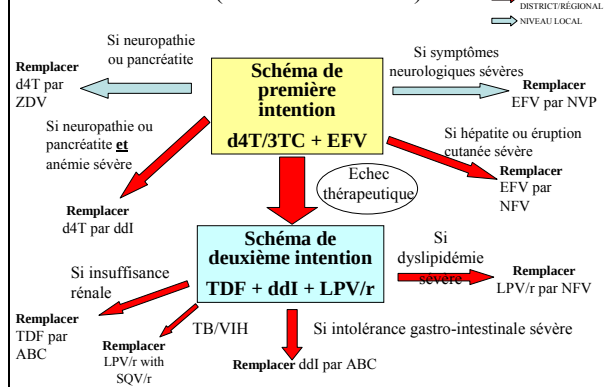
## Directives simplifiées pour le traitement antirétroviral (infection à VIH-1)



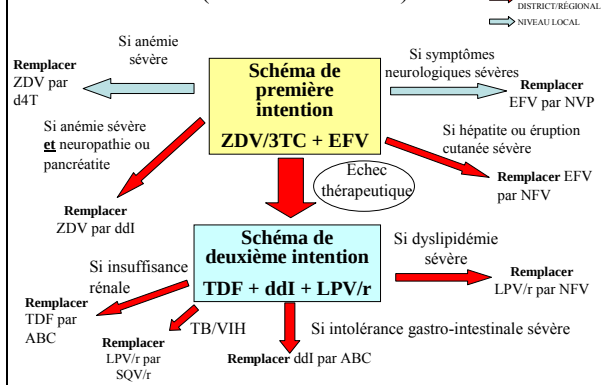
## Directives simplifiées pour le traitement antirétroviral (infection à VIH-1)



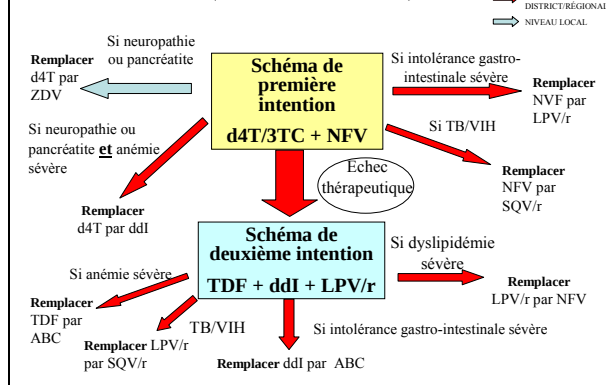
## Directives simplifiées pour le traitement antirétroviral (infection à VIH-1)



## Directives simplifiées pour le traitement antirétroviral (infection à VIH-1)



## Directives simplifiées pour le traitement antirétroviral (infection à VIH-2)



## Document 6.4:

### Présentation de l'exercice pour l'Unité 6

Pour cet exercice, votre facilitateur répartira les participants en groupes de trois. Le but de l'exercice est d'analyser la fourniture de services de traitement antirétroviral en Fictitie, d'identifier les lacunes et de proposer des activités correctrices.

- Lisez le rapport sur la Fictitie dans l'Annexe 1 ;
- Analysez ce que le programme national de lutte contre le VIH/SIDA a réalisé jusqu'à maintenant dans le pays par rapport aux recommandations de l'OMS sur l'approche de santé publique, en vous intéressant particulièrement aux aspects suivants :
  - 1) admissibilité au traitement antirétroviral ;
  - 2) compétences disponibles dans le système de santé pour la fourniture de services de traitement antirétroviral ;
  - 3) capacité du réseau de laboratoires à répondre aux besoins du suivi du traitement antirétroviral ;
  - 4) prise en charge des personnes présentant une co-infection par la tuberculose et le VIH.
- Identifiez les lacunes du programme (notamment en ce qui concerne le renforcement des capacités du système de santé) et proposez des priorités pour votre plan.
- 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.**

# Unité 7: Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA

---

## Objectifs

---

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

- 1) De présenter les divers aspects de la gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH en suivant un cadre logique ;
  - 2) d'identifier les différences entre les procédures d'achat des médicaments contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA ;
  - 3) d'identifier les lacunes et les priorités en matière d'achat de médicaments contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA et proposer des solutions pour faciliter la gestion des médicaments lors de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA

Exercice

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 7.1: Gestion des médicaments pour la lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA (diapositives)

Document 7.2: Exercice

---

# Document 7.1:

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

Document No. 7.1



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

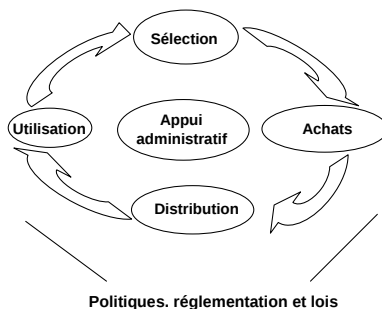
1

## Objectifs de l'unité

- Présenter les divers aspects de la gestion des médicaments dans la lutte contre la tuberculose et le VIH en suivant un cadre logique
- Identifier les différences entre les procédures d'achat des médicaments contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA
- Identifier les lacunes et les priorités en matière d'achat de médicaments contre la tuberculose et le VIH/SIDA et proposer des solutions pour faciliter la mise en oeuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH en ce qui concerne la gestion des médicaments

2

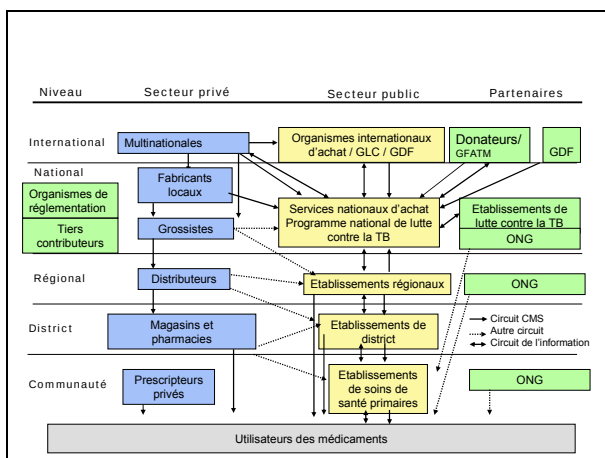
## Cycle de gestion des médicaments



3

La gestion des médicaments consiste en un ensemble de pratiques visant à assurer la disponibilité en temps utile et l'emploi approprié de médicaments, de produits et de services sûrs, efficaces et de bonne qualité dans tous les établissements de santé

4



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

- Engagement politique vis-à-vis du programme, y compris en matière normative, financière, de planification, de surveillance, de formation et de supervision
- Dépistage des cas parmi les personnes qui présentent des symptômes, au moyen d'outils peu coûteux
- **Traitement standardisé sous observation directe**
- **Système d'approvisionnement ininterrompu en médicaments antituberculeux de qualité**
- Système d'enregistrement et de notification permettant le contrôle des activités et l'évaluation des résultats

6

## Approvisionnement en médicaments antituberculeux

- Il existe des règles pour l'estimation des besoins en médicaments (d'après la consommation passée et/ou les notifications de cas)
- Les schémas thérapeutiques sont standardisés
- Les associations fixes et/ou les présentations en plaquettes sont recommandées
- Le coût d'un traitement de première intention est d'environ USD 15
- Le Global Drug Facility (GDF) est pleinement opérationnel pour appuyer l'acquisition de médicaments de qualité au prix le plus bas possible
- Des médicaments de deuxième intention peu coûteux sont disponibles pour les programmes du Green Light Committee (GLC)

7

## Gestion des fournitures pour le VIH Principes de base

Les médicaments et les tests de diagnostic pour le VIH sont des fournitures comme les autres, mais ...

- Le traitement est à vie, et les interruptions (pour cause de ruptures de stock) doivent être évitées à tout prix.
- Le système d'approvisionnement doit gérer les divers schémas thérapeutiques et les variations de la posologie au cours du temps.
- Les antirétroviraux sont relativement coûteux et la demande est forte.
- Le traitement antirétroviral est à la fois fortement soutenu et examiné de très près par les gouvernements et les donateurs.
- Certains antirétroviraux et tests VIH doivent être conservés au froid et beaucoup ont une courte durée de conservation.

8

## Sélection

- Consensus national: comité + directives (schéma thérapeutique, tranches de poids, dosage, en vrac ou préconditionnés en boîte, en plaquettes ou en kit)
- Médicaments à visée curative: antirétroviraux, infections opportunistes, soins palliatifs, cancers liés au SIDA, dépendance aux opioïdes
- Médicaments à visée préventive: isoniazide, cotrimoxazole
- Kit de diagnostic VIH
- Matériel pour CD4, charge virale et pharmacorésistance

Notes:

- Davantage de patients doivent changer de schéma thérapeutique pour le VIH/SIDA (en raison d'échec ou d'effets secondaires) que pour la tuberculose (30% contre 2%)
- Les recommandations pour le passage à un traitement de deuxième intention sont standardisées pour la tuberculose mais sont constamment révisées pour les antirétroviraux

9

## Achats: calcul des quantités

- Nombre déterminé de personnes par an qui suivent un traitement antirétroviral
- Consommation précédente d'antirétroviraux multipliée par 2 moins stock existant
- Activité précédente: nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral multiplié par nombre de médicaments par an multiplié par 2 moins stock existant
- Morbidité: Taux de prévalence du VIH multiplié par population desservie

Notes:

- Le traitement préventif par l'isoniazide doit être quantifié
- Le nombre de cas de VIH/SIDA est plus difficile à prévoir que pour la tuberculose, car la notification trimestrielle des cas de tuberculose est systématisée
- Manque d'expérience pour la quantification appropriée des antirétroviraux lors de la phase de généralisation (contrairement à ce qui se passe avec les antituberculeux)
- Les antirétroviraux et les tests VIH ont une courte durée de conservation (8 mois)
- La procédure d'achat est compliquée à cause des sources multiples de financement
- Les fabricants et fournisseurs ne peuvent répondre à la demande (ruptures de stock pour la stavudine et l'efavirenz)

10

## Distribution

- Formalités d'importation (documents, contrôles et taxes)
- Conservation: séparée ou commune, en vrac ou sur rayons, dates de péremption, température et traçabilité (registre et fiche de stock)
- Système "push" ou "pull" (consommation, activité et bons de commande)
- Transport (fréquence, séparé ou commun)

Notes:

- Stock réduit mais suffisant pour éviter la péremption au niveau local
- Distribution coordonnée des antituberculeux/antirétroviraux d'après le modèle utilisé
- La sécurité de l'approvisionnement est une priorité pour les antirétroviraux (plus coûteux)
- Chaîne du froid nécessaire pour certains antirétroviraux

11

## Utilisation

- Fourniture par le service de santé ou livraison à domicile (par le personnel de santé)
- Fourniture: quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle
- Observance
  - Enregistrement (fiche patient, registre et rapport)
  - DOT, observation hebdomadaire
  - Comprimés en plaquettes, en kit ou en associations
  - Education du patient et soutien psychologique
  - Coût pour le patient (gratuit, participation ou non officiel)

Notes

- Le traitement antirétroviral est plus coûteux pour les familles et les programmes que le traitement antituberculeux (tests, médicaments et programmes)
- Motivation continue (à vie) nécessaire pour le traitement antirétroviral
- Information poussée sur les effets secondaires nécessaire pour le traitement antirétroviral
- L'utilisation irrationnelle des antirétroviraux entraîne un gaspillage plus important de ressources
- Manque d'expérience pour la gestion du traitement antirétroviral chez l'enfant et l'utilisation des formes pédiatriques

12

## Achats: appels d'offres

- Procédure d'appel d'offres ouverte: trop longue
- Procédure d'appel d'offres restreinte: information concernant les prix et la qualité des produits sur le marché: [www.who.int/medicines](http://www.who.int/medicines), [www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org)
  - Produits préqualifiés: "Access to HIV/AIDS drugs and diagnosis of acceptable quality" Janvier 2004
  - Prix indicatifs: "Sources et prix d'une sélection de médicaments et tests diagnostiques pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA" Juin 2003
  - Untangling the web of price reductions, Décembre 2003
- Procédure d'appel d'offres sélective: fabricant ou fournisseur national, spécialités ou génériques

13

## Achats: génériques contre spécialités (1)

- L'accord sur les ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) de 1995 (Organisation mondiale du commerce) portait sur les antirétroviraux
- Selon la Déclaration de Doha de 2001 (ADPIC et santé publique)  
Une certaine souplesse, par exemple sous forme de **licences obligatoires**, est introduite pour assurer que l'accord sur les ADPIC n'empêche pas les membres de prendre des mesures destinées à protéger la santé publique.
- **Le gouvernement peut autoriser les fabricants à produire sous licence des produits de marque déposée sans autorisation préalable du détenteur du brevet pour le marché intérieur (antirétroviraux seulement)**

14

## Achats: génériques contre spécialités (2)

Décision des gouvernements des Etats membres de l'OMC en date du 30 août 2003:

La déclaration de DOHA limitait effectivement la possibilité pour les pays qui ne peuvent fabriquer eux-mêmes des produits pharmaceutiques d'importer des génériques moins coûteux de pays où les produits pharmaceutiques sont brevetés.

La décision permet à tout pays membre d'exporter des produits pharmaceutiques fabriqués sous licence obligatoire.

Vingt-trois pays ont annoncé qu'ils s'abstiendraient volontairement d'utiliser le système pour les importations.

15

## Mettre les produits à la disposition des pays: le service OMS des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA

- Le service des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA (AMDS) a été inauguré en décembre 2003 en tant que composante pour l'accès et les approvisionnements de l'initiative "3 millions d'ici 2005".
- L'AMDS a pour objectif d'étendre l'accès à des traitements du VIH/SIDA efficaces et de qualité en améliorant l'approvisionnement des pays en développement en antirétroviraux et en produits de diagnostic

16

## Mettre les produits à la disposition des pays: le service OMS des médicaments et produits diagnostiques concernant le SIDA

### Groupe de partenaires

#### Agences des Nations Unies

- OMS (Unités EDM, EHT, CPS et Médicaments essentiels et conseillers régionaux pour le VIH dans les bureaux régionaux), UNICEF, Banque mondiale, ONUSIDA, FNUAP, PNUD

#### Organisations techniques et organismes donateurs

- Canadian Committee on Antimicrobial Resistance, Clinton HIV/AIDS Initiative, Commonwealth Pharmaceutical Association, Crown Agents, Ecumenical Pharmaceutical Network, ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau), Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la paludisme, International Dispensary Association, International Pharmaceutical Federation, John Snow Inc. (JSI), Management Sciences for Health and Mission for Essential Drug Supply

#### Observateurs

- MSF, United States Department of State (President's Emergency Plan for AIDS Relief), United States Agency for International Development

#### Secrétariat

- Unité AMDS du département VIH/SIDA de l'OMS

17

## Ce qu'offre l'ADMS

- Gouvernements, ONG: information pour effectuer des choix raisonnés en matière d'achats (prix des médicaments et produits de diagnostic et informations sur les réglementations et les droits de propriété intellectuelle)
- Gouvernements, ONG: développement des capacités pour la gestion des achats et des approvisionnements
- Fabricants: informations nécessaires pour les prévisions du volume de production (pas encore disponibles)

18

## Ce que l'AMDS peut offrir aux pays

- Appui technique aux pays en ce qui concerne le cycle de gestion des médicaments
- Conseils pour la sélection des antirétroviraux fondamentaux
- Conseil sur les questions juridiques en relation avec l'importation de médicaments génériques
- Préqualification de médicaments et produits de diagnostic
- Information sur les spécifications des produits pour les appels d'offres
- Conseils et formation en matière de production locale et d'assurance de la qualité

19

## Document 7.2:

### Présentation de l'exercice pour l'Unité 7

Pour cet exercice, votre facilitateur répartira les participants en groupes de trois. Le but de l'exercice est d'estimer les besoins en services de traitement antirétroviral et antituberculeux dans un pays ou une région donnés, d'identifier les lacunes et de proposer des activités correctrices.

- Choisissez un pays (ou une région dans un pays) représentant les membres du groupe.
- Donnez des chiffres (ou des estimations) sur :
  - 1) le nombre de personnes atteintes d'une infection par le VIH et d'une co-infection par la tuberculose et le VIH dans le pays (ou la région) ;
  - 2) le nombre de personnes admissibles au traitement antirétroviral dans le pays (ou la région) et le nombre de personnes nécessitant un traitement antituberculeux et un traitement préventif par l'isoniazide ;
  - 3) le nombre de personnes atteintes d'une infection par le VIH et d'une co-infection par la tuberculose et le VIH recevant actuellement un traitement antirétroviral, un traitement antituberculeux et un traitement préventif par l'isoniazide dans le pays (ou la région) ;
  - 4) l'année cible pour l'accès universel au traitement antirétroviral dans le pays (ou la région) ;
  - 5) le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral à la fin de l'année dans le pays (ou la région) ;
  - 6) le nombre de personnes recevant un traitement préventif par l'isoniazide à la fin de l'année dans le pays (ou la région).
- Commentez les chiffres ou les estimations.
- Indiquez trois interventions prioritaires pour améliorer le cycle de gestion des médicaments afin de parvenir à l'accès universel au traitement antirétroviral dans le pays (ou la région).
- 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.**

# Unité 8: La politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

---

## Objectifs

---

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

- 1) de décrire les principaux éléments de la politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH ;
  - 2) de décrire les principaux problèmes, contraintes et possibilités trouvés lors de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau des pays.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants : La politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Exercice

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 8.1: La politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (diapositives)

Document 8.2: Exercice

Document 8.3: *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH (6)*

Document 8.4: *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities (7)*

Document 8.5: *Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/VIH : halte à la tuberculose et au VIH/SIDA (8)*

---

# Document 8.1:

## La politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Document No. 8.1



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 les principaux éléments de la politique actuelle concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH
- Décrire les principaux problèmes, contraintes et possibilités trouvés lors de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau des pays

2

## SIDA et ProTEST: quelques dates

- 1981 Cas de SIDA rapportés aux Etats-Unis
- 1984 SIDA en Afrique
- 1984 Co-infection tuberculose/SIDA
- 1989+ Etudes descriptives sur VIH/tuberculose
- 1991 Thioacétazone et VIH
- 1992 Mortalité, rechute et morbidité dues au VIH dans la tuberculose
- 1997 Elaboration de ProTEST et autres projets
- 2000 Les interventions sont définies

3

## ProTEST

- Initiative de l'OMS pour promouvoir le dépistage du VIH dans le cadre du conseil et dépistage volontaires en tant que point d'accès vers une série d'interventions de prévention et de soins concernant la co-infection tuberculose/VIH et les infections sexuellement transmissibles
- Objectif de ProTEST:  
Elaborer une riposte plus cohérente à la tuberculose dans les contextes de forte prévalence du VIH grâce à la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH

4

## ProTEST

### Interventions:

- Collaboration entre les partenaires et le service de santé
- Amélioration de l'accès à un conseil et un dépistage volontaires de qualité
- Intensification du dépistage et du traitement de la tuberculose active parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Traitement préventif par l'isoniazide contre la tuberculose latente
- Traitement préventif par le cotrimoxazole pour réduire la morbidité et la mortalité dues aux infections opportunistes
- Prévention du VIH (y compris usage du préservatif et prise en charge des infections sexuellement transmissibles)
- Amélioration des soins médicaux pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA

5

## ProTEST

### Résultats:

- Collaboration TB/VIH réalisable
- Amélioration des capacités en ressources humaines
- Augmentation de l'accès à des services de conseil et dépistage volontaires de qualité
- Amélioration du dépistage de la tuberculose
- Mise en place des traitements préventifs par l'isoniazide et par le cotrimoxazole
- Mise en place ou renforcement des activités de prévention du VIH
- Développement de la participation communautaire
- Augmentation de la visibilité des activités TB/VIH

6

## ProTEST

### Les enseignements:

- La participation de tous les partenaires est indispensable
- Des effectifs supplémentaires de personnel sont indispensables
- L'appui technique est indispensable
- Il faut intensifier la recherche opérationnelle et la connaissance des aspects culturels pour améliorer l'observance des traitements préventifs
- Des outils standardisés de suivi et d'évaluation sont nécessaires
- Les travaux conjoints sur la tuberculose et le VIH ouvrent la voie au traitement antirétroviral

7

## Les principes de base des activités conjointes tuberculose/VIH

- Le VIH renforce l'incidence et la mortalité de la tuberculose dans les régions où il a une forte prévalence: 11–50% des personnes vivant avec le VIH/SIDA meurent de tuberculose
- Le DOTS ne suffit pas à lui seul à combattre la tuberculose dans ces régions
- Des interventions menées conjointement contre la tuberculose et le VIH sont nécessaires pour combattre la tuberculose associée au VIH, étendre le DOTS et lutter contre le VIH
- Le système de lutte contre la tuberculose peut être un partenaire majeur de la distribution du traitement antirétroviral et par conséquent de l'initiative "3 millions d'ici 2005", de l'United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, etc.

*La tuberculose n'est pas seulement un élément du problème; c'est aussi un élément de la solution*

8

## Principes

- "Deux maladies, un patient"
  - Soins axés sur le patient, contre les deux maladies à la fois
- La catastrophe est en marche, donc:
  - Arrêter avec les "projets"
  - Généraliser immédiatement ce qui fonctionne
  - Réexaminer les interventions à mesure de l'expérience
- Pas de programme séparé
  - Les activités conjointes s'ajoutent aux stratégies existantes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA
- La politique doit être mondiale

9

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

- S'appuie sur l'expérience de terrain avec ProTEST (Malawi, Afrique du Sud et Zambie) et les autres projets pilotes de lutte contre la tuberculose et le VIH (Botswana, Côte d'Ivoire, Kenya, Rwanda, Thaïlande, etc.)
- Complète le *Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/VIH*, qui présente une justification détaillée et mentionne ce qui pourrait être fait
- Complète les *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*, qui montrent comment organiser les activités au niveau national et au niveau du district

*La Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH spécifie ce que les pays doivent faire*

10

## Processus de formulation des politiques

- Sous les auspices du groupe de travail mondial TB/VIH
- Processus de préparation en plusieurs étapes par:
  - experts techniques de la tuberculose et du VIH
  - décideurs en gestion de la santé
  - personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs défenseurs
  - responsables des programmes internationaux et nationaux de lutte contre la tuberculose et contre le VIH et organismes donateurs

11

## But et objectifs

### But

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

### Objectifs

- A. Mettre en place les mécanismes de collaboration entre programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA
- B. Réduire la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- C. Réduire la charge du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

12

## Activités conjointes tuberculose/VIH

### Mettre en place les mécanismes de collaboration

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

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

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

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

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

13

## Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

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

1. Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux
2. Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux (guide disponible)
3. Planifier conjointement les activités de lutte contre la tuberculose et contre le VIH
  - Mobiliser des ressources pour les activités TB/VIH
  - Renforcer les capacités pour les activités de collaboration, y compris la formation
  - Mener une action de communication anti-TB/VIH: sensibilisation, communication sur les programmes et mobilisation sociale
  - Renforcer la participation communautaire aux activités de collaboration TB/VIH
  - Recherche opérationnelle
4. Assurer le suivi et l'évaluation des activités de collaboration TB/VIH (guide disponible)

14

## Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

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

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

15

## Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

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

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

16

## Seuils de déclenchement des activités conjointes TB/VIH

### Catégorie

#### Catégorie I

Pays où la prévalence du VIH parmi les adultes est  $\geq 1\%$

OU

Pays où la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux est  $\geq 5\%$ .

#### Catégorie II

Pays où la prévalence du VIH parmi les adultes est inférieure à  $1\%$

ET

où l'on enregistre dans certaines zones administratives une prévalence du VIH parmi les adultes  $\geq 1\%$

#### Catégorie III

Pays où la prévalence du VIH parmi les adultes est inférieure à  $1\%$

ET

ne comptant pas de zones administratives où la prévalence du VIH parmi les adultes est  $\geq 1\%$

### Recommandation

Mettre en place toutes les activités conjointes TB/VIH recommandées

Mettre en place toutes les activités conjointes TB/VIH recommandées dans les zones administratives où la prévalence du VIH est  $\geq 1\%$ , et les activités recommandées pour les pays de catégorie III dans les autres zones

Surveiller la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose  
Mettre en place les activités visant à réduire la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (en privilégiant les groupes à risque pour le VIH)

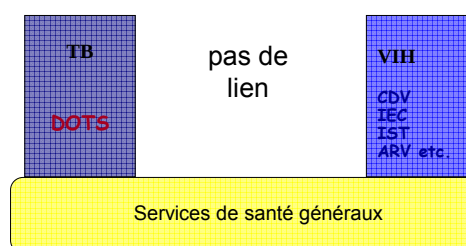
17

## Cibles pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

- D'ici 2005, tous les pays des catégories I et II auront établi au moins un organe national de coordination des activités TB/VIH.
- D'ici 2007, tous les pays des catégories I et II auront élaboré des plans de mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH.
- D'ici 2007, tous les pays des catégories I et II auront établi un système de surveillance du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose.

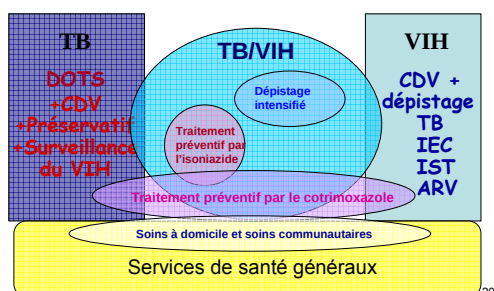
18

## Situation habituelle



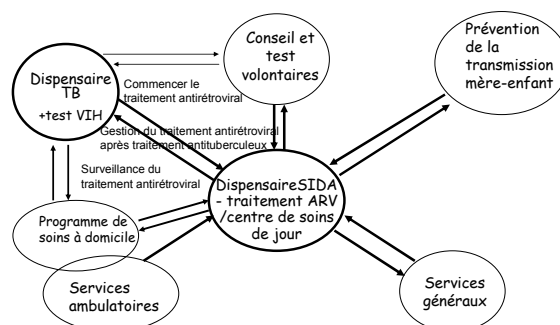
19

## Activités conjointes TB/VIH



20

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



## A retenir:

- Il est grand temps que les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA travaillent ensemble
- Des synergies importantes sont possibles
- De nombreuses occasions manquées seraient évitées
- L'accès universel au traitement antirétroviral, la stratégie Halte à la tuberculose et d'autres approches et initiatives donnent de multiples occasions de collaboration TB/VIH – nous devons en profiter

22

## Document 8.2:

### Présentation de l'exercice pour l'Unité 8

Pour cet exercice, votre facilitateur répartira les participants en quatre groupes. Le but de l'exercice est d'examiner en détail les activités proposées dans le document *Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*.

- A chaque groupe sont attribuées trois ou quatre activités tirées du document, comme suit :  
Groupe 1: A1; B2; B3; C5;  
Groupe 2: A2; B1; C4;  
Groupe 3: A3, C3;  
Groupe 4: A4; C1; C2.
- Familiarisez-vous avec les activités en question.
- Discutez avec les membres de votre groupe et donnez un exemple de la façon dont chacune des activités pourrait être mise en œuvre dans un des pays ou régions représentés dans le groupe.
- Faites un « brainstorming » dans votre groupe sur les contraintes et possibilités trouvées lors de la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH au niveau du pays.
- 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.**

# Unité 9: Enregistrement et notification en vue 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 la façon dont l'enregistrement et la notification sont organisées en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose ;
  - 2) de décrire la façon dont l'enregistrement et la notification sont organisées en ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA ;
  - 3) de décrire les expériences menées dans des pays sur l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose et de VIH et la façon dont les systèmes existants peuvent être harmonisés pour aider à la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Enregistrement et notification dans la lutte contre la tuberculose et le VIH

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 9.1: Enregistrement et notification dans la lutte contre la tuberculose (diapositives)

Document 9.2: Enregistrement et notification dans la lutte contre le VIH/SIDA (diapositives)

Document 9.3: Formulaires pour la tuberculose et le VIH/SIDA (distribués pendant le cours)

---

# Document 9.1:

## Enregistrement et notification dans la lutte contre la tuberculose

Document No. 9.1



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

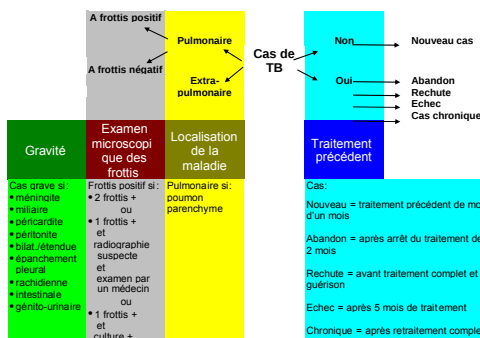
1

## Objectifs de la présentation

- Décrire la façon dont l'enregistrement et la notification sont organisés en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose
- Décrire les expériences menées dans des pays sur l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose et de VIH et la façon dont les systèmes existants peuvent être harmonisés pour aider à la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH

2

## Déterminants de la tuberculose et définitions de cas



3

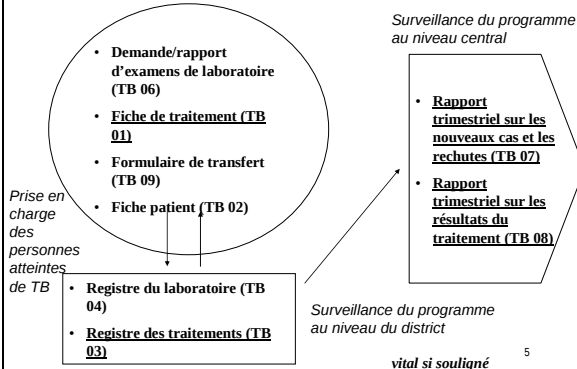
## Documents essentiels pour l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose

| Registres et formulaires                                                    | Contenu et objet                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fiche de traitement (TB 01)                                                 | Enregistrement individuel du diagnostic, du traitement et du suivi de chaque patient tuberculeux en vue de la prise en charge correcte du cas dans le service de traitement                                           |
| Fiche patient (TB 02)                                                       | Fiche personnelle avec diagnostic, traitement et suivi, pour information au patient                                                                                                                                   |
| Registre de district (TB 03)                                                | Enregistrement du diagnostic, du traitement et du suivi de chaque patient tuberculeux dans le district ou la zone desservie                                                                                           |
| Registre de laboratoire (TB 04)                                             | Enregistrement de tous les examens de frottis d'expectorations réalisés au laboratoire                                                                                                                                |
| Formulaire de demande/de notification d'examen d'expectorations (TB 05)     | Demande d'examen microscopique de frottis d'expectorations au laboratoire avec notification des résultats au service demandeur                                                                                        |
| Formulaire de demande/de notification de culture et d'antibiogramme (TB 06) | Demande de culture et d'antibiogramme avec notification des résultats au service demandeur                                                                                                                            |
| Rapport trimestriel sur le dépistage des cas (TB 07)                        | Rapport trimestriel récapitulatif des cas de tuberculose (nouveaux cas de TB+ pulmonaire, rechutes de TB+ pulmonaire, nouveaux cas de TB- pulmonaire, nouveaux cas de TB extrapulmonaire) enregistrés en un trimestre |
| Rapport trimestriel sur les résultats du traitement (TB 08)                 | Rapport trimestriel récapitulatif des résultats définitifs du traitement des nouveaux cas de TB+ pulmonaire, des autres cas de TB+ pulmonaire et des nouveaux cas de TB- pulmonaire enregistrés en un trimestre       |
| Formulaire de transfert (TB 09)                                             | Formulaire pour envoyer ou transférer un patient tuberculeux dans un autre service                                                                                                                                    |

Un registre supplémentaire pour les cas suspects de tuberculose et un formulaire pour l'évaluation de la négativation des frottis ont été récemment introduits.

4

## Documents essentiels pour l'enregistrement et la notification des cas de tuberculose



5

## Indicateurs pour l'analyse du dépistage des cas de tuberculose

| Indicateur                                                                       | Calcul                                                                                                                                                  | Interprétations possibles                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taux de notification des nouveaux cas de TB+ pulmonaire (pour 100 000 habitants) | $\frac{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire enregistrés en une année, multiplié par 100 000}}{\text{Population totale}}$                                | Moins de xx pour 100 000 habitants (70% de l'incidence estimée xx/100 000 des nouveaux cas de TB+ pulmonaire dans le pays): insuffisance de l'examen de frottis chez les sujets symptomatiques, qualité insuffisante de l'examen des frottis, insuffisance de l'enregistrement des cas et mauvaise accessibilité des services |
| Taux de dépistage des nouveaux cas de TB+ pulmonaire (pourcentage)               | $\frac{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire enregistrés en une année, multiplié par 100}}{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire attendus en une année}}$ | Moins de 70% (cible pour la lutte antituberculeuse): comme ci-dessus                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ratio M.F des nouveaux cas de TB+ pulmonaire: (nombres entiers)                  | $\frac{\text{Nouveaux cas masculins de TB+ pulmonaire en une année}}{\text{Nouveaux cas féminins de TB+ pulmonaire en une année}}$                      | Si la différence est importante: comme ci-dessus, par sexe                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Proportion du total des cas de TB pulmonaire qui sont positifs (pourcentage)     | $\frac{\text{Cas de TB+ pulmonaire (nouveaux + rechutes) en un trimestre, multiplié par 100}}{\text{Total des cas de TB pulmonaire en un trimestre}}$   | Moins de 65%: qualité insuffisante de l'examen des frottis, surdiagnostic de TB pulmonaire à frottis négative sur radiographie                                                                                                                                                                                                |
| Ratio nouveaux cas de TB+ pulmonaire autres nouveaux cas de TB (nombres entiers) | $\frac{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire en un trimestre}}{\text{Nouveaux cas de TB- pulmonaire et de TB extrapulmonaire en un trimestre}}$          | Plus de 1:1 : surdiagnostic de TB pulmonaire à frottis positive                                                                                                                                                                                                                                                               |

6

## Indicateurs pour l'analyse des résultats du traitement antituberculeux

| Indicateur                                     | Calcul                                                                                                                                                                                                                                             | Interprétations possibles                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taux de négativation des frottis (pourcentage) | $\frac{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire au cours d'un trimestre}^a \text{ qui deviennent négatifs après une phase intensive de traitement, multiplié par } 100}{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire enregistrés au cours du même trimestre}}$ | Moins de 85%: absence d'examen de frottis de suivi, DOT de qualité insuffisante, excès de décès et de transferts, investigations insuffisantes sur les traitements précédents, pharmacorésistance ou notification insuffisante |
| Taux de guérison (pourcentage)                 | $\frac{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire guéris au cours d'un trimestre}^b \text{, multiplié par } 100}{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire enregistrés au cours du même trimestre}}$                                                          | Moins de 85% : comme ci-dessus                                                                                                                                                                                                 |
| Taux de réussite du programme (pourcentage)    | $\frac{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire au cours d'un trimestre guéris et ayant suivi le traitement complet}^c \text{, multiplié par } 100}{\text{Nouveaux cas de TB+ pulmonaire enregistrés au cours du même trimestre}}$                     | Moins de 85% (cible pour la lutte antituberculeuse): performance globale insuffisante pour le programme                                                                                                                        |

<sup>a</sup>Le même critère s'applique aux rechutes de TB+ pulmonaire. <sup>b</sup>Le même critère s'applique aux autres taux de résultats pour les nouveaux cas de TB+ pulmonaire et les rechutes de TB+ pulmonaire. <sup>c</sup>Le même critère s'applique au calcul des autres taux pour les nouveaux cas de TB+ pulmonaire et les rechutes de TB+ pulmonaire. 7

### Analyse de cohorte



Dans une course à pied:

Un groupe de personnes commencent ensemble une course de 10 km

Combien de personnes ont terminé la course?



Dans un programme TB:

Un groupe de personnes atteintes de tuberculose commencent le traitement au cours d'un même trimestre

Combien de patients ont terminé ce traitement?

8

### Résultats attendus d'un bon programme de lutte antituberculeuse

- Taux de réussite >85%
- Taux de décès <5%
- Résultats non satisfaisants (abandons ou échecs) <10%

9

### Formulaires pour la tuberculose et VIH/SIDA (1)

Renseignements complémentaires à noter dans les formulaires d'enregistrement et de notification concernant la tuberculose:

- Test VIH proposé
- Conseil et test réalisés
- Résultat du test positif ou négatif
- Cotrimoxazole administré
- Transféré dans un service VIH pour soins et soutien
- Traitement antirétroviral administré en cours ou en fin de traitement antituberculeux

10

### Formulaires pour la tuberculose et VIH/SIDA (2)

- **Principal problème:** confidentialité des résultats du test VIH dans le registre de la tuberculose.
- **Réponse:** le registre de la tuberculose contient déjà des informations confidentielles sur le patient, qui doivent être traitées avec la même confidentialité que les résultats concernant le VIH.
- **La solution** est de ne pas cacher les résultats des tests VIH mais plutôt d'améliorer la confidentialité du registre de la tuberculose.

11

## Document 9.2:

### Enregistrement et notification dans la lutte contre le VIH/SIDA

Document No. 9.2



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

1

### Objectifs de la présentation

- Décrire la façon dont l'enregistrement et la notification sont organisés en ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA
- Décrire les expériences menées dans des pays sur l'enregistrement et la notification des cas de VIH/SIDA et la façon dont les systèmes existants peuvent être harmonisés pour aider à la mise en oeuvre des activités conjointes TB/VIH

2

### Les données de suivi du patient répondent à de nombreux besoins

- Soins directs
  - Equipe médicale s'occupant d'un groupe de patients
  - Facilite le passage des soins aigus aux soins chroniques
- Suivi de l'approvisionnement en médicaments et préparation des commandes de l'établissement
- Récapitulation et notification des données pour répondre aux besoins des programmes de district et des programmes nationaux et pour suivre la progression vers les cibles des programmes

3

### Contribution du suivi du patient aux étapes de l'accès universel au traitement antirétroviral

| Niveau de suivi et d'évaluation | Etape                                                                                                           | Collecte de données                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Résultat                        | 9. Enfants, femmes et hommes atteints de maladie à VIH de stade avancé et recevant un traitement antirétroviral | Rapports des pays, rapport des sites, industrie, organisations non gouvernementales; suivi du patient actuellement sous traitement antirétroviral (numérateur), après mise en place de l'activité |
|                                 | 11. Survie après traitement antirétroviral                                                                      | Suivi du patient, après mise en place de l'activité                                                                                                                                               |

4

### L'expérience de la tuberculose ...

- Fiche de traitement standardisée
- Registre standardisé
- Définitions standardisées au niveau mondial
- Obligation d'enregistrer les données recueillies
- Longue expérience
- Nouveaux indicateurs TB/VIH
- Spécifique de la maladie (programme vertical)

5

### Registre des soins VIH (pré-traitement antirétroviral)

Pour enregistrer les données sur:

- Données du patient
- Date du diagnostic de VIH
- Prophylaxie par l'isoniazide
- Prophylaxie par le cotrimoxazole
- Prophylaxie par le fluconazole
- Traitement antituberculeux
- Grossesse
- Système de classification des stades cliniques
- Résultat
  - traitement antirétroviral
  - perdu de vue
  - décès

Liaison avec le registre des traitements antirétroviraux:

- Date d'admissibilité au traitement
- Motif d'admissibilité
- Date à laquelle le patient est prêt pour le traitement
- Date de mise en route du traitement antirétroviral
- Numéro individuel de traitement antirétroviral

6

### **Registre du traitement antirétroviral (relié au registre pré-traitement antirétroviral)**

Pour enregistrer les données sur: Suivi:

- Statut au moment de la mise en route du traitement antirétroviral
  - Clinique
  - Immunologique
- Prophylaxie par l'isoniazide
- Prophylaxie par le cotrimoxazole
- Traitement antituberculeux
- Grossesse
- Schémas thérapeutiques antirétroviraux
  - Première intention
  - Deuxième intention
  - Motif du changement
- Statut à la fin du mois
  - 24 mois au moins
- Fonctionnalités et CD4
  - 0, 6, 12 et 24 mois

7

### **Définitions codifiées du motif de changement de traitement antirétroviral**

1. Toxicité ou effets secondaires
2. Grossesse
3. Risque de grossesse
4. Nouveau cas de tuberculose
5. Nouveau médicament disponible
6. Médicament en rupture de stock
7. Autre raison (préciser)
8. Echec clinique du traitement
9. Echec immunologique
10. Echec virologique

8

### **Définitions codifiées Statut lors du suivi (résultats)**

- En vie et sous traitement antirétroviral
  - Préciser le schéma thérapeutique en cours
- En vie et ayant arrêté le traitement antirétroviral
- En vie et ayant repris le traitement antirétroviral
- Perdu de vue (pas la même définition que l'abandon dans la tuberculose)
- Décédé
- Transféré dans le même service ou dans un autre service avec son dossier

9

### **Définitions codifiées du motif de l'arrêt du traitement antirétroviral**

1. Toxicité ou effets secondaires
2. Grossesse – arrêt prévu du traitement
3. Echec du traitement
4. Mauvaise observance
5. Maladie ou hospitalisation
6. Médicament en rupture de stock
7. Patient sans ressources financières
8. Autre décision du patient
9. Arrêt prévu du traitement (préciser le motif, par exemple début de grossesse)
10. Autre

10

### **Registres de soins pour le VIH**

Permettent de mesurer:

- Le nombre de personnes admissibles au traitement d'après des critères médicaux
- Le nombre de ces personnes prêtes pour le traitement
- La mise en route du traitement de première intention

11

### **Rapport d'analyse de cohorte:**

Patients recevant un traitement antirétroviral depuis 6 mois, 12 mois ou annuel

- Proportion de patients au travail, ambulatoires ou alités
- Proportion de patients en vie et sous traitement antirétroviral depuis 6 et 12 mois (indicateur de survie)
- Proportion de patients encore sous traitement de première intention
- Proportion de patients encore sous le traitement de première intention d'origine
- Proportion de patients ayant changé de traitement de première intention
- Proportion de patients passés à un traitement de deuxième intention (ou plus)
- Numération CD4 médiane (facultatif)

12

## Rapport d'analyse de cohorte:

Patients recevant un traitement antirétroviral depuis 6 mois, 12 mois ou annuel

- Facultatif:
  - Motifs du changement de schéma thérapeutique
  - Motifs de l'arrêt du traitement

13

## L'expérience du Malawi

14

### Fiche de traitement antirétroviral (patient)

↓  
*Tous les trois mois, mettre à jour le  
registre à partir des données de la  
fiche de traitement du patient*

### Registre de traitement antirétroviral (établissement)

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

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

15

## Analyse de cohorte

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

16

### 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 ARV                            | 106 (91%) |
|        | [En vie et traitement de 1 <sup>re</sup> intention       | 101]      |
|        | [En vie et autre 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         |
|        | Transferts dans un autre service                         | 0         |

#### Sur le nombre encore en vie:

|        |                                    |                |
|--------|------------------------------------|----------------|
| Nombre | Ambulatoires                       | 106            |
|        | Au travail                         | Pas de données |
|        | Avec effets secondaires            | 14             |
|        | Avec 8 comprimés restants ou moins | 63/63          |

(Note: un nombre de comprimés restants inférieur ou égal à 8 correspond à une observance de 95%)

## **Document 9.3:**

**Les organisateurs du cours distribueront les types de formulaires utilisés pour la tuberculose et le VIH dans le pays ou la région où a lieu le cours.**

# Unité 10: Surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

---

## Objectifs

---

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

- 1) de décrire la surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose :
  - 2) d'exposer les principaux problèmes, contraintes et possibilités de la mise en œuvre d'une surveillance coordonnée de la tuberculose et du VIH.
- 

## Méthodes

---

Exposé devant l'ensemble des participants: Surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

Exercice

Discussion générale

---

## Matériel

---

Document 10.1: Surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose (diapositives)

Document 10.2: Exercice

Document 10.3: *Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients (9)*

---

# Document 10.1:

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

Document No. 10.1



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 la surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose
- Exposer les principaux problèmes, contraintes et possibilités de la mise en oeuvre d'une surveillance coordonnée de la tuberculose et du VIH

2

## Directives pour la surveillance du VIH chez les malades tuberculeux, 2eme édition

Première édition:

*Guidelines for HIV  
surveillance among TB  
patients.* Organisation  
mondiale de la Santé,  
Genève, 1994  
(WHO/TB/94.180)

Autres sources  
d'information  
(prévention de la  
transmission mère-  
enfant, conseil et test  
volontaires, banques de  
sang, recherche sur la  
tuberculose, etc.)  
Questions éthiques  
(consentement informé  
et accès au conseil et  
test volontaires)



- D'après l'expérience acquise en Afrique subsaharienne
- Enquête de séroprévalence anonyme non corrélée sur l'infection à VIH parmi les adultes atteints d'une tuberculose nouvellement diagnostiquée

3

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

- La prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose est un indicateur sensible de la propagation du VIH dans la population générale.
- Elle indique la nécessité d'un engagement accru en faveur des soins du VIH/SIDA, y compris le traitement antirétroviral et le soutien psychosocial, pour les patients tuberculeux VIH-positifs.

4

## Méthodes de surveillance

Les trois principales méthodes de  
surveillance du VIH parmi les personnes  
atteintes de tuberculose sont:

1. Données des soins de routine
2. Surveillance sentinelle
3. Enquêtes périodiques (spéciales)

5

## Méthodes de surveillance à utiliser dans différents contextes de prévalence du VIH et de la tuberculose

| Catégorie | Critères                                                                                                                                                            | Méthode de surveillance recommandée                                                                                                    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I         | Pays où la prévalence du VIH chez l'adulte est $\geq 1\%$                                                                                                           | Dépistage de routine <i>plus</i><br>Surveillance sentinelle ou enquêtes spéciales pour étalonner les résultats du dépistage de routine |
| II        | Pays où la prévalence du VIH chez l'adulte est inférieure à $1\%$ <i>MAIS</i> avec une prévalence du VIH $\geq 5\%$ dans les groupes ayant un comportement à risque | Dépistage de routine <i>ou</i><br>Surveillance sentinelle ou enquêtes périodiques                                                      |
| III       | Pays où la prévalence du VIH chez l'adulte est inférieure à $1\%$ <i>ET</i> où aucun groupe de population n'a une prévalence du VIH $\geq 5\%$                      | Surveillance sentinelle ou enquêtes périodiques <i>si</i><br>Dépistage de routine non pratiqué                                         |

6

## Méthodes de mesure de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose

| Méthode de surveillance                 | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Enquêtes périodiques (spéciales)</b> | Enquêtes transversales sur la séroprévalence du VIH parmi un échantillon de personnes atteintes de tuberculose dans un même pays. Pour inclure tous les nouveaux cas enregistrés de tuberculose; plus facile à cibler sur les cas adultes à frottis positif.                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Surveillance sentinelle</b>          | Un nombre prédéfini de personnes atteintes de tuberculose sont testées en routine sur des sites sentinelles choisis. Les personnes atteintes de tuberculose servent de groupe sentinelle dans le cadre d'un système général de surveillance sentinelle du VIH. Pour inclure tous les nouveaux cas enregistrés de tuberculose; plus facile à cibler sur les cas adultes à frottis positif.                                                                                                       |
| <b>Données des soins de routine</b>     | Données recueillies dans le cadre des soins de routine aux personnes atteintes de tuberculose qui font l'objet d'un test VIH volontaire et confidentiel, au moyen de formulaires de notification (TB ou VIH/SIDA) ou de registres (TB; registres spéciaux TB + VIH; cotrimoxazole; traitement préventif par l'isoniazide; conseil et test volontaires; conseil et test volontaires + TB) ou en recoupant les données des systèmes de notification du VIH et de la tuberculose (par ordinateur). |

## Enquêtes périodiques (spéciales) (1)

### Comment elles sont réalisées:

**Description:** enquête transversale sur un échantillon de personnes atteintes de tuberculose

**Admissibilité:** tous les nouveaux cas de tuberculose ou les nouveaux cas et les rechutes (seulement si enquête de <2-3 mois) ou seulement les nouveaux cas adultes (15-59 ans) à frottis positif; test anonyme non corrélé ou test anonyme corrélé ou test avec consentement informé

**Collecte des données:** taille de l'échantillon, procédure d'échantillonnage (tirage au sort, systématique, consécutif, grappe); <8-12 semaines (prévalence ponctuelle) ou <6 mois (prévalence sur la période); à répéter au bout de 2-3 ans

**Echantillons testés:** sang, expectorations (seulement avec prévalence du VIH >10%)

**Test VIH:** sang ou expectorations (seulement si prévalence du VIH >10%); 1 test immunoenzymatique (ELISA) (si prévalence du VIH >10%), ELISA ou ELISA + ELISA ou un autre test avec antigène différent (si prévalence du VIH <10%) ou 2 ELISA + Western blot (si prévalence du VIH <5%)

**Gestion des données:** notification standardisée, confidentialité, qualité, analyse et retour d'information

## Enquêtes périodiques (spéciales) (2)

| Avantages                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Inconvénients                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simples, pas besoin de nouvelle infrastructure</li> <li>• Méthode éprouvée</li> <li>• Si elles sont représentatives, donnent une estimation fiable du VIH</li> <li>• Peuvent identifier des biais dans la surveillance sentinelle ou de routine</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peuvent être coûteuses et longues</li> <li>• Problèmes si les échantillons ne sont pas prélevés en routine</li> <li>• Problèmes éthiques</li> <li>• Si l'échantillon est trop petit, pas d'analyses détaillées</li> <li>• Si le test est de qualité insuffisante, résultats peu fiables</li> <li>• Si elles ne sont pas assez fréquentes, pas d'information sur les tendances</li> </ul> |

## Questions éthiques dans la surveillance du VIH

- Une méthode anonyme non corrélée est utilisée pour réduire les biais dus aux personnes qui refusent le test (sur du sang prélevé à d'autres fins). L'éthique n'est respectée que si la méthode est à la fois anonyme et non corrélée. Le problème qui se pose est la limitation de l'accès au traitement antirétroviral. Toutes les personnes atteintes de tuberculose participant à des enquêtes de séroprévalence anonymes et non corrélées doivent se voir proposer un conseil et un test VIH gratuits, volontaires et confidentiels.
- S'il ne reste pas de sang prélevé à d'autres fins, la personne doit donner son consentement informé. Il est aussi possible d'utiliser un test anonyme corrélé dans lequel seule la personne atteinte de tuberculose connaît le résultat.
- Politiques et procédures de sécurité et de confidentialité au cours des transferts d'information: conservation minimale des rapports superflus (sur papier ou sous forme électronique); suppression des noms dans les rapports de surveillance lorsqu'ils ne sont plus utiles à des fins de santé publique; conservation des rapports dans une zone sécurisée; données électroniques protégées par mot de passe ou cryptées.

## Questions méthodologiques

### Utilisation d'échantillons d'expectorations pour la surveillance du VIH

- Des tests VIH sur des échantillons autres que le sang et le sérum (principalement sur les sécrétions gingivales) existent et font l'objet d'améliorations constantes. Dans la plupart des pays, les expectorations sont recueillies en routine dans le cadre des investigations préliminaires pour le diagnostic des personnes atteintes de tuberculose. Dans certains endroits cela peut faire préférer le test VIH sur les expectorations plutôt que sur des prélèvements de sang, surtout si des méthodes anonymes non corrélées sont utilisées (par exemple pour les tests sur les expectorations).
- La sensibilité et la spécificité actuelles des tests VIH plaident pour l'utilisation du sang plutôt que des expectorations pour réaliser le test. Même lorsque des méthodes non corrélées sont utilisées, la sensibilité et la spécificité actuelles des tests pratiqués sur les expectorations (sensibilité 93,5-97,1% et spécificité 99,7-100,0%) ne sont pas encore suffisantes pour éviter d'avoir une faible valeur prédictive positive (71,9%) dans les pays où la prévalence du VIH est faible (5%).
- Leur utilisation pour la surveillance du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose est déconseillée tant que ces tests n'ont pas été validés dans le pays par rapport aux tests sérologiques de référence et trouvés suffisamment fiables.

## Surveillance sentinelle

| Avantages                                                                                                                                                                                                                                                           | Inconvénients                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simple et peu coûteuse</li> <li>• Axée sur des personnes facilement accessibles</li> <li>• Fait souvent partie d'un système sentinelle bien établi pour le VIH</li> <li>• Bonnes informations sur les tendances</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflit de responsabilités possible</li> <li>• Problèmes si les échantillons ne sont pas prélevés en routine</li> <li>• Problèmes éthiques</li> <li>• Faible représentativité des sites sentinelles</li> <li>• Biais de sélection possibles</li> <li>• Si le test est de qualité insuffisante, résultats peu fiables</li> </ul> |

## Test VIH dans le cadre des soins de routine

| Avantages                                                                                                                                                                    | Inconvénients                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à la prévention et aux soins pour le VIH</li> <li>• Estime la charge de maladie liée au VIH et la demande de soins</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite une infrastructure importante (temps, coûts)</li> <li>• Si la couverture du test est faible (&lt;80%), estimation non fiable de la prévalence du VIH; si le test est de qualité insuffisante, résultats peu fiables</li> <li>• Peut refléter davantage l'accès aux services de santé que la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose</li> </ul> |

13

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

### Formulaire de données démographiques\*

Site d'étude:

Date de la visite du patient: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

N° d'identification du patient:

Age: \_\_\_\_ (ans)

Sexe: Masculin: ☐ Féminin: ☐

Aspect clinique: Pulmonaire: ☐ Extrapulmonaire: ☐

Si pulmonaire: Frottis positif: ☐ Frottis négatif: ☐

(Si les cas de rechute sont inclus)

Nouveau: ☐ Rechute: ☐

### Formulaire de laboratoire\*

N° d'identification du patient:

Résultats test 1: Positif: ☐ Négatif: ☐ Douteux: ☐ Pas fait: ☐

Résultats test 2: Positif: ☐ Négatif: ☐ Douteux: ☐ Pas fait: ☐ (si un 2<sup>e</sup> test est prévu)

## Questions méthodologiques

### Coûts

#### Directs

- Matériel de recueil des échantillons
- Transport des échantillons
- Kits de test
- Temps du personnel de laboratoire
- Coûts du transport du personnel
- Coût de la saisie et de l'analyse des données
- Diffusion de l'information (impression des rapports, expédition par la poste, exposés, etc.)

#### Indirects

- Investissement que représente à tous les niveaux le temps passé par le personnel à diverses activités, allant du recueil des échantillons à la coordination générale des activités de surveillance

15

## Les problèmes de la surveillance de la tuberculose et du VIH

### Organisationnels et financiers

- Faible prise de conscience de l'importance de ces activités: absence d'engagement politique en faveur de la surveillance et investissements insuffisants
- Souffre des lacunes de l'initiative TB/VIH
- Manque de personnel qualifié en épidémiologie
- Absence de retour d'information aux personnes impliquées dans les activités de surveillance

16

## En conclusion

- La surveillance du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose est une activité fondamentale de la lutte contre la tuberculose et le VIH
- Elle devrait faire partie d'un plan en faveur des activités conjointes TB/VIH, avec un financement approprié
- Les méthodes de surveillance utilisées par les pays devraient varier selon la situation de l'épidémie de VIH et la charge de la tuberculose
- Il est important d'examiner les questions éthiques et les éventuelles contraintes organisationnelles
- Il existe maintenant des lignes directrices pour l'élaboration d'un cadre pour ces activités

17

## **Document 10.2:**

### **Présentation de l'exercice pour l'Unité 10**

Pour cet exercice, votre facilitateur répartira les participants en quatre groupes. Le but de l'exercice est de chercher comment mettre en œuvre la surveillance du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose.

- Lisez le rapport sur la Fictitie dans l'Annexe 1.
- Examinez les informations disponibles sur la situation épidémiologique et le système de surveillance en Fictitie.
- Identifiez les lacunes du programme (dans sa composante surveillance), notamment en ce qui concerne la surveillance du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose, et proposez des priorités pour des mesures correctrices.
- Estimez la taille de l'échantillon et les coûts d'une enquête spéciale à réaliser en Fictitie pour estimer la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose.
- 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.**

# 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.

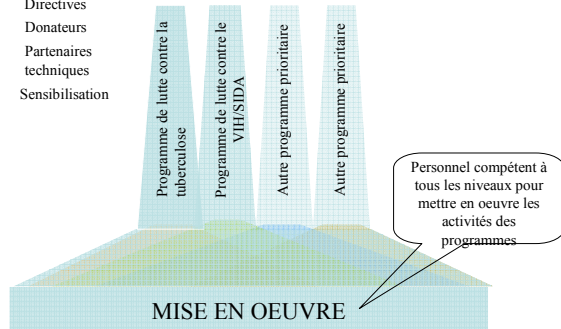
3

## 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



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 nécessaires 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



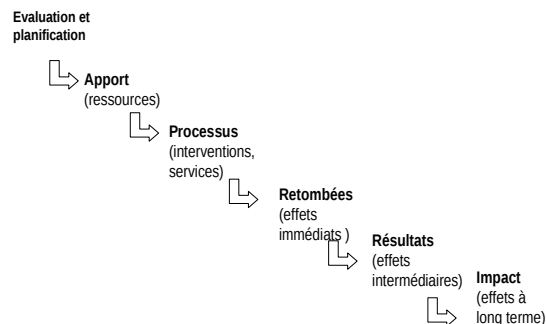
- Guide du suivi et de l'évaluation



## 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

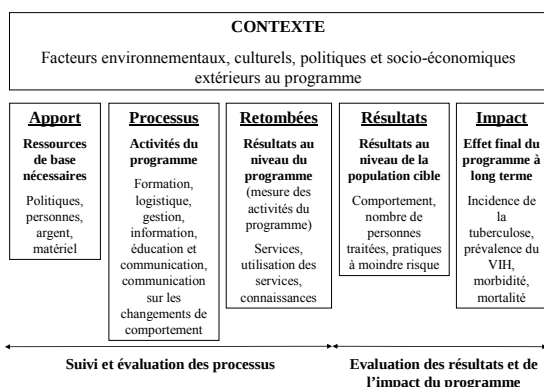
### Objectifs

- 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



## 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                                                  |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Impact                          | 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                                                                                                   |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apport                          | 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                                  |
| Processus                       | 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 |          |               |   |  |        |       |   |
|                                                                                                |                                                                                        | Unité       | Quantité | Coût unitaire |   |  |        | Total |   |
| Coûts du projet                                                                                |                                                                                        |             |          |               |   |  |        |       |   |
| A.                                                                                             | Ressources humaines                                                                    |             |          |               |   |  |        |       |   |
| 1.                                                                                             | Coordonnateur de secteur de service                                                    | personne    |          | 625           | x |  | mois   |       | 0 |
| 2.                                                                                             | Indemnité 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 |
| Sous-total (A)                                                                                 |                                                                                        |             |          |               |   |  |        |       | 0 |
| B.                                                                                             | Infrastructure et équipement                                                           |             |          |               |   |  |        |       |   |
| Sous-total (B)                                                                                 |                                                                                        |             |          |               |   |  |        |       | - |
| C.                                                                                             | Formation                                                                              |             |          |               |   |  |        |       |   |
| 1.                                                                                             | Ateliers sur les directives TB/VIH                                                     | atelier     |          | 1,000         |   |  |        |       | 0 |
| 2.                                                                                             | Formation au dépistage                                                                 | stage       |          | 600           |   |  |        |       | 0 |
| Sous-total (C)                                                                                 |                                                                                        |             |          |               |   |  |        |       | 0 |
| D.                                                                                             | Fournitures et produits                                                                |             |          |               |   |  |        |       |   |
| 1.                                                                                             | PPD pour le dépistage chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA                       | personne    |          | 1             | x |  | fois   |       | 0 |
| 2.                                                                                             | Examens radiologiques 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 |
| Sous-total (D)                                                                                 |                                                                                        |             |          |               |   |  |        |       | 0 |
| E.                                                                                             | Coûts de planification et d'administration                                             |             |          |               |   |  |        |       | 0 |
|                                                                                                |                                                                                        |             | 7%       |               |   |  |        |       | 0 |
| Sous-total (E)                                                                                 |                                                                                        |             |          |               |   |  |        |       | 0 |
| Coût total                                                                                     |                                                                                        |             |          |               |   |  |        |       | - |

| 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      |        |        |
| Coûts du projet                                                                                                    |                                                                                                   |             |                    |               |   |            |        |        |
| A. Ressources humaines                                                                                             |                                                                                                   |             |                    |               |   |            |        |        |
| 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  |
| Sous-total (A)                                                                                                     |                                                                                                   |             |                    |               |   |            | 1,200  |        |
| B. Infrastructure et équipement                                                                                    |                                                                                                   |             |                    |               |   |            |        |        |
| 1                                                                                                                  | Microscope binoculaire Olympus avec ampoules de rechange x100                                     |             | 1                  | 10            |   | 1,350      |        | 13,500 |
| 2                                                                                                                  | Réactifs et consommables                                                                          |             | 1                  | 8             |   | 100        |        | 800    |
| Sous-total (B)                                                                                                     |                                                                                                   |             |                    |               |   |            | 14,300 |        |
| C Formation                                                                                                        |                                                                                                   |             |                    |               |   |            |        |        |
| 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 iours)   |             | 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-T-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                     |
| Total objectif 2                                                                                                                                                                    |                                               |                                                                       | 107,500 |                                                                                                        | 242,500 |                                                                                  | 59,500 |                                     | 9,500  | 419,000                    |

## **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        |          |               | Total    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|---------------|----------|
|                                                                                                                                 | Unité              | Quantité | Coût unitaire |          |
| <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>                                                                             |                    |          |               | <b>0</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        |          |               |            | Total         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|---------------|------------|---------------|
|                                                                                                     | Unité              | Quantité | Coût unitaire |            |               |
| <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>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.

| Formation initiale                                      |              |                                                                |              |                                            |              |
|---------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------|--------------|
| Personnel de santé général et coordinateurs de district |              | Formation du personnel de coordination au niveau intermédiaire |              | Formation des formateurs au niveau central |              |
| Postes                                                  | Nb. ou USD   |                                                                | Nb. ou USD   |                                            | Nb. ou USD   |
| 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            |
| Rafrâichissements par personne par jour                 | 4            | Rafrâichissements par personne par jour                        | 5            | Rafrâichissements 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

|                         |                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Pays:                   | Programme national de lutte contre la tuberculose - exemple |
| Maladie                 | Tuberculose                                                 |
| Numéro de subvention:   | ETH-102-GO1-T-00                                            |
| Bénéficiaire principal: | Ministère fédéral de la santé                               |
| Monnaie:                | 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**

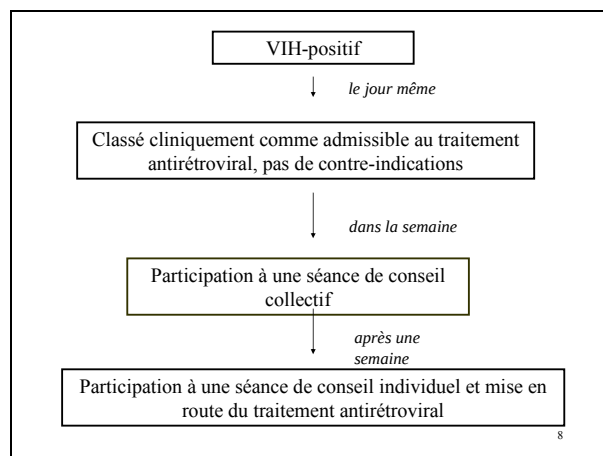
6

## 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



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 simplifie:
  - 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
- Formulaires 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 Mumbo, 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>re</sup> intention (préciser)

| année | mois | date | poids<br>+kg | Issue du traitement        |                            |                     | Patients en vie                  |                   |                                            | Patients ambulatoires |                     |         | Travail scolaire |         |     | Nb. comprimés restants dans le flacon | ARV donné |   | ARV non donné |
|-------|------|------|--------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------|---------|------------------|---------|-----|---------------------------------------|-----------|---|---------------|
|       |      |      |              | T<br>n<br>v<br>e<br>d<br>e | D<br>e<br>c<br>e<br>d<br>e | Ab<br>an<br>do<br>n | Tr<br>a<br>n<br>s<br>f<br>e<br>r | De<br>b<br>u<br>t | Se<br>c<br>o<br>n<br>d<br>a<br>i<br>r<br>e | De<br>b<br>u<br>t     | Alte<br>r<br>n<br>e | Ou<br>i | Non              | Ou<br>i | Non |                                       | P         | T |               |
| 2003  | jan  |      |              |                            |                            |                     |                                  |                   |                                            |                       |                     |         |                  |         |     |                                       |           |   |               |
|       | fév  |      |              |                            |                            |                     |                                  |                   |                                            |                       |                     |         |                  |         |     |                                       |           |   |               |
|       | mars |      |              |                            |                            |                     |                                  |                   |                                            |                       |                     |         |                  |         |     |                                       |           |   |               |
|       | avr  |      |              |                            |                            |                     |                                  |                   |                                            |                       |                     |         |                  |         |     |                                       |           |   |               |
|       | mai  |      |              |                            |                            |                     |                                  |                   |                                            |                       |                     |         |                  |         |     |                                       |           |   |               |
|       | juin |      |              |                            |                            |                     |                                  |                   |                                            |                       |                     |         |                  |         |     |                                       |           |   |               |
| 2004  | juil | 14   | 48           | X                          |                            |                     |                                  | X                 |                                            | X                     | X                   |         |                  | X       |     | 4                                     | X         |   | X             |
|       | août | 28   | 48           | X                          |                            |                     |                                  | X                 |                                            | X                     | X                   |         |                  | X       |     | 2                                     | X         |   | X             |
|       | sep  | 20   | 50           | X                          |                            |                     |                                  | X                 |                                            | X                     | X                   |         |                  | X       |     |                                       |           |   | X             |
|       | oct  | 24   | 51           | X                          |                            |                     |                                  | X                 |                                            | X                     | X                   |         |                  | PN      |     | 4                                     | X         |   | X             |
|       | nov  |      |              |                            |                            |                     |                                  |                   |                                            |                       |                     |         |                  |         |     |                                       |           |   |               |
|       | dec  |      |              |                            |                            |                     |                                  |                   |                                            |                       |                     |         |                  |         |     |                                       |           |   |               |

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>re</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 le vi) |        |         |       |           | 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 pour son traitement

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 autre 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  
 Transferts 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<br>(75%)                                                                      | 446<br>(8%) | 805<br>(14%) | 46<br>(1%) | 70<br>(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:

- la tuberculose est un problème de santé publique
- la tuberculose est une maladie infectieuse
- le traitement est de longue durée – 6–8 mois
- 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?<br>Commentaires:                                                |
| A2. Surveillance de la prévalence du VIH parmi les personnes atteintes de tuberculose réalisée               |     |     | Est-elle systématiquement réalisée? Les données sont-elles disponibles?<br>Commentaires:                  |
| A3. Planification des activités conjointes TB/VIH réalisée                                                   |     |     | Comment est-elle réalisée?<br>Commentaires:                                                               |
| A4. Suivi et évaluation assurés                                                                              |     |     | Comment sont-ils organisés? Quels sont les indicateurs utilisés?<br>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?<br>Commentaires: |
| B2. Traitement préventif par l'isoniazide mis en place                                                       |     |     | Où est-il réalisé? Comment est-il organisé?<br>Commentaires:                                              |
| B3. Maîtrise de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs assurée |     |     | Comment est-elle organisée?<br>Commentaires:                                                              |

| Réduire la charge du VIH/SIDA parmi les personnes atteintes de tuberculose |  |  | 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?<br>Commentaires:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| C2. Méthodes de prévention du VIH appliquées                               |  |  | Où sont-elles appliquées? Comment sont-elles organisées?<br>Commentaires:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| C3. Traitement préventif par le cotrimoxazole mis en place                 |  |  | Où est-il réalisé? Comment est-il organisé?<br>Commentaires:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| C4. Soins et soutien aux personnes touchées par le VIH/SIDA assurés        |  |  | Où sont-ils réalisés? Comment sont-ils organisés?<br>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?<br>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 |
|-------------------------------------|----------------|
|                                     |                |
| Problèmes identifiés                |                |
|                                     |                |
| Solutions proposées ou recommandées |                |
|                                     |                |

# 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
  - ciblesclairement 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<br>(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%          |
| Traitements réussis :                               |        | 85,7%                          |          |                     |         |                                        |               |

### Couverture de la stratégie DOTS

| % de la population couverte 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<br/>2004–2007</b> | <b>Budget<br/>national</b> | <b>Programme<br/>multipays de la<br/>Banque mondiale<br/>pour la lutte contre<br/>la tuberculose et le<br/>VIH/SIDA en<br/>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                                                               |



