
Mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Un guide programmatique

2012



Union Internationale Contre la
Tuberculose et les Maladies Respiratoires

Mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Un guide programmatique

2012

Paula I. Fujiwara
Riitta A. Dlodlo
Odile Ferroussier
Anna Nakanwagi-Mukwaya
Gilles Cesari
François Boillot



Cette publication a été rendue possible grâce au soutien de l'Agence Française de Développement. Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité de l'Union et ne reflète pas la position de l'Agence Française de Développement.

afd
AGENCE FRANÇAISE
DE DÉVELOPPEMENT

<i>Editeur</i>	Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (L'Union), 68 boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, France
<i>Citation suggérée</i>	Fujiwara PI, Dlodlo RA, Ferroussier O, Nakanwagi-Mukwaya A, Cesari G, Boillot F. Mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH - Un guide programmatique. Paris, France: Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, 2012.
<i>Titre original</i>	Implementing Collaborative TB-HIV Activities: A Programmatic Guide
<i>Traductrice</i>	Fernanda Clemente
<i>Editrice</i>	Odile Ferroussier

© Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (L'Union)
68 boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, France
Version en anglais : avril 2012 ; version en français : janvier 2014

Tous droits réservés.

Toute reproduction, même partielle, de cette publication, est soumise à l'autorisation préalable des auteurs et de l'éditeur.

ISBN : 979-10-91287-06-7

Table des matières

Préface	ix
Remerciements	xi
Abréviations	xiii
1 Introduction	1
1.1 Quelle est l'expérience de L'Union en matière d'activités conjointes TB-VIH ?	1
1.2 Format du guide	2
2 Réduire la charge du VIH chez les patients tuberculeux	5
2.1 Comment diagnostiquer l'infection par le VIH dans les services antituberculeux ?	5
2.2 Dispenser un traitement préventif au cotrimoxazole chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH	12
2.3 Instaurer un traitement antirétroviral chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH	14
3 Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	29
3.1 Rôle de la maîtrise de l'infection dans la sécurité des formations sanitaires	29
3.2 Quelles sont les questions fondamentales qui se posent en matière de maîtrise de l'infection tuberculeuse en laboratoire ?	39
3.3 Rôle de l'intensification du dépistage de la tuberculose dans la réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	40
3.4 Rôle de la prophylaxie par l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH	46
4 Suivi des soins de la coinfection TB-VIH	51
4.1 Pourquoi est-il important de faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?	51
4.2 Un nouveau système d'information est-il nécessaire pour faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?	51

4.3	Comment le suivi des soins de la coinfection TB-VIH doit-il être organisé ?	51
4.4	Qui doit réaliser l'enregistrement et la notification de la coinfection TB-VIH ?	53
4.5	Quelles données liées au VIH le système d'information de la tuberculose doit-il comporter afin de faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?	54
4.6	Quelles données liées à la tuberculose le système d'information du VIH doit-il comporter afin de faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?	55
4.7	Quelle est l'importance de l'analyse des résultats des traitements antituberculeux et antirétroviral dans le suivi de la coinfection TB-VIH ?	56
4.8	Comment faire l'analyse des résultats du traitement antirétroviral ?	57
4.9	Comment les informations contenues dans les systèmes d'information de la tuberculose et du VIH peuvent-elles être utilisées au sein d'une formation sanitaire et/ou au niveau du district afin d'améliorer la performance du programme ?	58
4.10	Quels sont les avantages et les inconvénients d'un registre électronique pour le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?	59
5	Financement et soutien technique des services intégrés TB-VIH	63
5.1	Quel est le rôle du gouvernement dans le financement de la collaboration en matière de tuberculose et de VIH ?	63
5.2	Un pays a-t-il besoin d'un mécanisme de financement distinct pour les activités conjointes TB-VIH ?	64
5.3	Quelles peuvent être les autres sources de financement et de soutien technique pour les activités de collaboration TB-VIH ?	64
6	Coordination des services intégrés TB-VIH	67
6.1	Quel est le rôle du gouvernement dans la collaboration en matière de tuberculose et de VIH ?	67
6.2	Un pays a-t-il besoin d'un plan stratégique distinct pour les activités conjointes TB-VIH ?	67
6.3	Qu'est-ce qu'un organe de coordination TB-VIH ?	68
6.4	Pourquoi un organe de coordination TB-VIH est-il nécessaire ?	68
6.5	Quelles sont les principales missions et responsabilités d'un organe de coordination TB-VIH ?	68
6.6	Pourquoi le rôle d'un organe de coordination TB-VIH est-il important pour réduire la discrimination liée à la coinfection TB-VIH ?	69
6.7	Qui doit être membre d'un organe de coordination TB-VIH ?	69
6.8	Comment les organisations communautaires peuvent-elles être représentées au sein d'un organe de coordination TB-VIH ?	70

6.9	Quels conseils pratiques peut-on donner pour garantir l'efficacité du fonctionnement d'un organe de coordination TB-VIH ?	71
6.10	Quels messages clés sur la coinfection TB-VIH les organes de coordination TB-VIH doivent-ils diffuser ?	73
6.11	Quels sont les obstacles à surmonter pour coordonner et mettre en œuvre de manière efficace les activités conjointes TB-VIH ?	74
7	Rôle des activités conjointes TB-VIH dans le renforcement du système général de santé	75
7.1	Rôle de la gestion de l'approvisionnement dans les services intégrés TB-VIH	75
7.2	Rôle de la formation dans les services intégrés TB-VIH	78
7.3	Rôle de la supervision dans les services intégrés TB-VIH	81
7.4	Rôle de la recherche opérationnelle dans l'efficacité des services TB-VIH	82
	Annexes	87
1	Prophylaxie post-exposition au VIH	89
2	Mesures concrètes pour l'analyse des résultats du traitement antirétroviral au niveau de la formation sanitaire	91
3	Missions et responsabilités principales des organes de coordination TB-VIH	94
4	Obstacles et solutions potentielles : enseignements tirés des sites soutenus par L'Union	96
5	Composantes d'un bon système de gestion des approvisionnements en médicaments	98
6	Besoins en formation pour la mise en œuvre des activités conjointes TB-VIH	99
7	De la définition d'une question de recherche à la traduction de ses conclusions en termes de politique et de pratiques en Ouganda	100
8	Utilisation de la recherche opérationnelle pour évaluer et améliorer le fonctionnement des services intégrés TB-VIH au Bénin	101
9	Utilisation de la recherche opérationnelle pour solliciter l'opinion des patients sur l'amélioration des services intégrés TB-VIH au Zimbabwe	102
	Références	105
	Suggestions de lecture	109

Tableaux et figure

Tableaux

2.1	Résumé des avantages et des inconvénients des services intégrés et non intégrés en matière de TB-VIH	22
2.2	Rôles et responsabilités principales des différentes parties prenantes pour encourager une bonne observance du traitement	26
2.3	Méthodes de prévention contre l'infection au VIH chez les personnes séropositives et séronégatives pour le VIH	27
3.1	Principales précautions universelles pour protéger les agents de santé des infections nosocomiales transmissibles par le sang	30
4.1	Données liées au VIH à inclure dans le système d'information de la tuberculose afin de faciliter le suivi de la prise en charge de la coinfection TB-VIH	54
4.2	Données liées à la tuberculose à inclure dans le système d'information du VIH afin de faciliter le suivi de la prise en charge de la coinfection TB-VIH	55
4.3	Principaux indicateurs en matière de coinfection TB-VIH	56
4.4	Définitions normalisées des résultats du traitement antituberculeux et antirétroviral	57
7.1	Ressources nécessaires à la prise en charge de patients tuberculeux et infectés par le VIH	76

Figure

7.1	Étapes menant de la question de recherche à l'interprétation de ses conclusions pour renforcer la politique et les pratiques de santé	85
-----	---	----

Encadrés

2.1	Test de dépistage du VIH et conseil sur le VIH pour les contacts familiaux des patients tuberculeux séropositifs au Zimbabwe	6
2.2	Résultats de propositions réitérées de test de dépistage du VIH au Bénin	9
2.3	Tests de dépistage du VIH et conseil sur le VIH à l'initiative du soignant dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) au Bénin, en République démocratique du Congo et au Zimbabwe	9
2.4	Amélioration de l'acceptation du test de dépistage du VIH dans le CDT lorsqu'il est réalisé par les infirmiers spécialistes de la tuberculose au Zimbabwe	11
2.5	Initiation et suivi du traitement antirétroviral par les infirmiers au Zimbabwe et en République démocratique du Congo	18
2.6	Administration du traitement antirétroviral aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH au CNHPP au Bénin	20
2.7	Coordination de la prise en charge clinique des patients atteints de coinfection TB-VIH : une expérience au Zimbabwe	21
3.1	Exemple de plan de maîtrise de l'infection tuberculeuse et de tableau de service dans une clinique en Ouganda	35

3.2	Une grille de dépistage symptomatique de la tuberculose utilisée en Ouganda	42
4.1	Désignation d'agents responsables pour la tuberculose et le VIH au Zimbabwe	53
4.2	Comment le registre de la tuberculose a été modifié afin d'inclure les indicateurs liés au VIH au Bénin	54
4.3	L'examen régulier des rapports trimestriels sur la coinfection TB-VIH entraîne une amélioration de la performance au Zimbabwe	60
5.1	Exemples d'organisations privées et de communautés qui financent la collaboration TB-VIH en République démocratique du Congo et au Myanmar	65
7.1	Formation sur la coinfection TB-VIH au Bénin	79
7.2	Le système d'affectation permet une formation pratique dans les services en matière de TB-VIH au Zimbabwe	80

Préface

Dans les pays où l'épidémie de sida est généralisée, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste le principal facteur de risque de développement de la tuberculose (TB). La TB constitue également la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH.¹

Alors que de nombreux pays ont progressé dans la mise en œuvre des activités conjointes TB-VIH, d'autres sont toujours confrontés à des difficultés pour institutionnaliser ces activités au sein de leurs programmes nationaux de lutte contre la TB et le VIH et de leurs services généraux de santé. Il est important de comprendre les facteurs liés au système de santé, ainsi qu'au personnel, aux patients et à la communauté qui entravent l'expansion des services conjoints en matière de TB-VIH. Pour atténuer la double charge de l'infection tuberculeuse et à VIH dans les populations coinfectées, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2004 une version intérimaire de la Politique pour les activités conjointes de lutte contre la TB et le VIH ; celle-ci a été mise à jour en 2012.²

Malgré les orientations politiques disponibles, il demeure nécessaire d'échanger des informations pratiques sur la façon d'organiser et de mettre en œuvre des activités conjointes de lutte contre la TB et le VIH au sein des services généraux de santé.

Avant même la publication de la politique de l'OMS mentionnée ci-dessus, l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (L'Union) a élaboré une approche nommée « Soins intégrés contre le VIH pour les patients tuberculeux vivant avec le VIH/sida ». La logique de ce modèle s'enracinait dans les observations suivantes concernant les patients et les systèmes de santé :

- La TB constitue fréquemment la première infection opportuniste chez les personnes vivant avec le VIH. Les services antituberculeux représentent donc un point d'entrée important pour le diagnostic et les soins de l'infection par le VIH. Ils permettent également de prendre en charge les deux maladies simultanément, au moins pendant la durée du traitement antituberculeux.

- Dans les systèmes de santé de nombreux pays, en particulier dans les régions périphériques, c'est le même soignant qui a la responsabilité de dispenser les soins pour les deux maladies.

Ce guide couvre l'expérience de L'Union, du lieu où sont fournis les services de santé aux institutions élaborant les politiques de santé d'un pays. Les agents de santé du niveau de soins primaires peuvent y trouver des conseils pratiques pour leur travail quotidien, tandis que les responsables et décideurs politiques peuvent y découvrir des solutions aux contraintes auxquelles ils font face. Le guide contient également des suggestions à l'attention des directeurs de programmes et des agents de santé sur la manière de planifier, d'organiser et d'intégrer des activités conjointes TB-VIH dans leurs services de soins de la TB et du VIH, dans le cadre du système général de santé.

L'Union espère que ce guide servira de ressource pour déployer à plus grande échelle les activités conjointes TB-VIH pour les adultes ; celles-ci sont définies comme un ensemble de services visant à réduire la charge de la TB et du VIH dans les populations affectées par les deux maladies. Rédigé sous forme de questions-réponses, ce guide fournit des recommandations pratiques destinées à un public cible de planificateurs des services de santé, de responsables et d'agents de santé travaillant dans des contextes aux ressources limitées.

Remerciements

Les activités TB-VIH de L'Union ont été menées en collaboration avec les ministères de la santé et les programmes de lutte contre la TB et le VIH de la République du Bénin, de la République démocratique du Congo, de la République du Zimbabwe et de la République de l'Union de Myanmar. L'Union a en outre collaboré avec les Départements des services de santé des villes de Harare et Bulawayo au Zimbabwe.

Le financement du programme « Soins intégrés contre le VIH pour les patients tuberculeux vivant avec le VIH/sida » a été assuré par la Commission européenne (subventions Santé 2004/078-547 et Santé 2007/141-838) ; l'Agence des États-Unis pour le développement international (Accord de coopération GHS-A-00-03-00045-00) ; La Ligue pulmonaire suisse ; la Direction suisse du développement et de la coopération (subventions 2685/2001/2-FHF/BOV ; 7F-03969.05. 01-DMS662/2001/2628) ; la société Mot-tama Gas Transportation Company Ltd, incluant TOTAL ; le Fonds de lutte contre les trois maladies (« Three Diseases Fund ») (subvention 3DF-111-10-169842) ; les Fonds généraux de L'Union et des organismes privés.

Le portefeuille de L'Union en matière de TB-VIH est également de plus en plus soutenu par les contributions de ses pays bénéficiaires, grâce à l'intégration de ses stratégies dans les politiques nationales. La mise en œuvre du modèle de L'Union dans ces pays a permis d'améliorer de manière considérable l'intégration des services de soins et de traitement du VIH au sein des services antituberculeux. En Ouganda, L'Union a appuyé un projet de recherche opérationnelle qui a permis d'identifier les obstacles liés au système de santé, au patient et à la communauté, entravant l'intégration des activités TB-VIH. Le partenariat et la collaboration de L'Union avec l'ensemble de ces pays et donateurs ont été vivement appréciés.

Les auteurs tiennent à remercier pour leur contribution les personnes suivantes, qui ont relu le guide avec beaucoup d'attention et ont fait part de précieux commentaires. Toutes ces personnes font partie de L'Union, sauf indication contraire : Nils E. Billo, Amy Bloom (United States Agency for International Development), Denis Byamungu, José A. Caminero,

Diane Capo-Chichi (Programme national contre la TB, Bénin), Cathriona McCauley, Anne Detjen, Armand Van Deun, Donald A. Enarson, Martin Gninafon (Programme national contre la TB, Bénin), Nathalie Guillerm, Anthony D. Harries, Sithokozile Hove (Département des services de santé, ville de Bulawayo, Zimbabwe), Ignacio Monedero, Stanley Mungofa (Département des services de santé, ville de Harare, Zimbabwe), Barnet B. Nyathi, Sandrine Ruppol, I.D. Rusen et Arnaud Trébucq.

Abréviations

AQE	assurance qualité externe
ARV	antirétroviral
BAAR	bacille acido-alcool-résistant
BCG	bacille de Calmette-Guérin (vaccin)
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (en anglais : « Centers for Disease Control and Prevention »)
CDT	centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose
CE	Commission européenne
CNHPP	Centre National Hospitalier de Pneumo-Phthysiologie
DCIS	dépistage et conseil à l'initiative du soignant (pour le VIH)
DOTS	traitement directement observé, de durée brève (en anglais : « Directly Observed Therapy, Short-Course »)
EFV	éfavirenz
EIM	effet indésirable médicamenteux
EPI	équipement de protection individuelle
HEPA	[filtres] à particules de haute efficacité
IEC	information, éducation et communication
IGRA	test de libération d'interféron gamma (en anglais : « interferon gamma release assay »)
IGUV	irradiation germicide aux ultraviolets
IHC	soins intégrés contre le VIH pour les patients tuberculeux vivant avec le VIH/sida (en anglais : « Integrated HIV Care for Tuberculosis Patients Living with HIV/AIDS »)
INNTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
IO	infection opportuniste
IRIS	syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (en anglais : « immune reconstitution inflammatory syndrome »)
IST	infection sexuellement transmissible
L'Union	Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale

PEPFAR	Plan d'urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le sida (en anglais : « President's Emergency Plan for AIDS Relief »)
PNLS	programme national de lutte contre le sida
PNLT	programme national de lutte contre la tuberculose
PPE	prophylaxie post-exposition
PVV	personne(s) vivant avec le VIH
RDC	République démocratique du Congo
SCMS	sensibilisation, communication et mobilisation sociale
sida	syndrome de l'immunodéficience acquise
TARV	traitement antirétroviral
TB	tuberculose
TB-MR	tuberculose multirésistante
TB-UR	tuberculose ultrarésistante
TPC	traitement préventif par le cotrimoxazole
TPI	traitement préventif par l'isoniazide
UDI	utilisateur de drogues injectables
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (en anglais : « United States Agency for International Development »)
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

1.1. Quelle est l'expérience de L'Union en matière d'activités conjointes TB-VIH ?

Lorsque L'Union a élaboré son projet de recherche opérationnelle « Soins intégrés contre le VIH pour les patients tuberculeux vivant avec le VIH/sida » (IHC), l'objectif était de réduire la charge du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) et de la tuberculose (TB) pour les individus et les communautés des pays aux ressources limitées, ainsi que d'aider à intégrer la prise en charge de ces patients au sein des services généraux de santé. De manière spécifique, L'Union souhaitait analyser la faisabilité d'une dispense de soins intégrés contre le VIH aux patients tuberculeux vivant avec le VIH/sida, et l'utilité des programmes de lutte contre la TB dans la réponse apportée au VIH/sida. Le projet était basé sur le fait que la TB constitue fréquemment la première infection opportuniste (IO) chez les personnes vivant avec le VIH (PVV). Aux côtés des autres parties prenantes, les programmes de lutte contre la TB peuvent donc jouer un rôle considérable dans la réponse à l'infection par le VIH.

L'Union a testé une approche de santé publique des soins du sida, incluant un traitement antirétroviral (TARV), prodigué dans les cliniques antituberculeuses ou aux points de prestation de services antituberculeux. L'ensemble des services proposés par L'Union est fondé sur les principes mentionnés ci-dessous. Ceux-ci sont inspirés de la stratégie DOTS (« Directly Observed Therapy, Short-Course », en anglais), appliqué dans le cadre de la lutte contre la TB quand L'Union s'engagea dans le domaine de la coinfection TB-VIH.

- Un engagement politique en faveur de la mobilisation de ressources pour mettre en œuvre cet ensemble de services et de leur répartition cohérente au sein du système de santé
- Des examens biologiques de qualité garantie, afin de diagnostiquer les patients avec précision
- Des services de conseil mis à disposition des individus et adaptés en fonction du diagnostic de TB et du schéma thérapeutique

- L'approvisionnement ininterrompu en médicaments antirétroviraux de qualité garantie et l'utilisation de protocoles de TARV standardisés associés à des moyens novateurs de garantir une observance du traitement à long terme
- L'enregistrement et la notification des cas, y compris l'analyse par cohortes des résultats cumulés de prise en charge, permettant l'évaluation de la survie des patients et de la performance du programme.

L'approche de L'Union est basée sur les éléments fondamentaux suivants :

- La prestation d'un paquet de services de base en matière de TB-VIH
- L'organisation des soins de la coinfection TB-VIH s'appuyant sur :
 - le concept de « Centre de diagnostic et de traitement », unité de prise en charge de base introduite par L'Union et qui a fortement contribué au succès de la stratégie DOTS dans la lutte contre la TB³
 - la reconnaissance du fait que, dans le champ de la coinfection TB-VIH, il existe « un seul système de santé, un seul patient avec deux pathologies » et que l'objectif final est de disposer de services qui diminuent le poids de la TB et du VIH chez les personnes souffrant des deux maladies
- « L'apprentissage par la pratique », c'est-à-dire l'exploitation des leçons tirées de la mise en œuvre des soins de la coinfection TB-VIH au niveau des sites pilotes, ainsi que leur intégration dans le processus de planification et de gestion, afin de garantir la satisfaction des besoins des patients.

1.2. Format du guide

Destiné aux décideurs politiques et aux agents de santé, ce guide présente des questions et des réponses concernant les activités conjointes TB-VIH, à partir des expériences pratiques de L'Union. Il couvre le diagnostic et la prise en charge du VIH chez les adultes tuberculeux coinfectés ainsi que la nécessité du dépistage, du traitement et de la prévention de la TB chez les PVV. Il aborde le suivi des soins de la coinfection TB-VIH, ainsi que la création et le rôle des organes de coordination TB-VIH, leurs membres potentiels et les menaces qui pèsent sur leur bon fonctionnement. Le guide se termine par une description de sujets pertinents liés aux systèmes

de santé, tels que l'importance de bien coordonner les commandes de médicaments et d'équipements, la formation, la supervision et la recherche opérationnelle en matière de TB-VIH.

Tout au long du guide, les encadrés présentent des leçons tirées de la mise en œuvre du programme IHC dans les pays partenaires.

Réduire la charge du VIH chez les patients tuberculeux

2.1. Comment diagnostiquer l'infection par le VIH dans les services antituberculeux ?

Un accès rapide aux soins du VIH, y compris au TARV, accroît la survie des PVV et des patients tuberculeux infectés par le VIH et améliore les résultats du traitement antituberculeux. Les services de santé doivent permettre un accès rapide au diagnostic du VIH dans les services généraux de santé, et en particulier dans les services antituberculeux.

2.1.1. Pourquoi est-il nécessaire de proposer le dépistage du VIH et le conseil sur le VIH aux patients tuberculeux, aux contacts familiaux et aux personnes présumées tuberculeuses ?

La connaissance du statut sérologique d'une personne vis-à-vis du VIH est le point d'entrée pour les soins et le traitement du VIH. Par conséquent, les tests de dépistage du VIH et les conseils sur le VIH sont un élément essentiel des services à fournir à tous les patients tuberculeux qui vivent dans des pays où l'épidémie de VIH est généralisée, ou aux personnes susceptibles d'avoir des comportements à risque élevé comme les utilisateurs de drogues injectables (UDI) qui partagent des aiguilles souillées, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe et leurs clients si le préservatif n'est pas utilisé.

Dans les pays où le VIH est répandu, le test de dépistage du VIH et le conseil sur le VIH aux personnes présentant des symptômes évoquant la TB* sont recommandés, ces dernières étant fréquemment également

*Les agents de santé peuvent qualifier ces patients de cas « suspects » de TB, mais ils n'utilisent pas le mot « suspect » de manière négative. Il est également possible de décrire ces patients comme présentant une suspicion de TB.

Encadré 2.1 Test de dépistage du VIH et conseil sur le VIH pour les contacts familiaux des patients tuberculeux séropositifs au Zimbabwe

Les cliniques pilotes soutenues par L'Union à Harare et à Bulawayo, au Zimbabwe, proposent le test de dépistage du VIH et le conseil sur le VIH à la famille et aux contacts sexuels des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH.

Les registres des centres pilotes ont montré qu'en 2010, 234 contacts familiaux de 677 patients de référence ont souhaité bénéficier d'un test de dépistage du VIH. Parmi ces personnes testées, 175 (75%) se sont révélées séropositives pour le VIH. Dans ce groupe, la moitié des personnes remplissait les conditions médicales requises pour le TARV et la prophylaxie au cotrimoxazole.

Cet exemple montre qu'en proposant un test de dépistage du VIH aux contacts familiaux et partenaires sexuels des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, il est possible de toucher davantage de personnes ayant besoin de TARV et de soins anti-VIH. Ceci peut favoriser l'accroissement de la couverture des services d'importance vitale.

infectées par le VIH. Dans un tel contexte, il est en outre possible d'envisager le dépistage du VIH chez les conjoints, les autres partenaires sexuels et les enfants de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH (Encadré 2.1). Il est également essentiel de garantir un accès facile des femmes aux services de santé.

Lorsque des personnes présumées tuberculeuses font l'objet d'une recherche de la TB et du VIH, certaines se révéleront indemnes de TB bien qu'infectées par le VIH. Ces personnes doivent être orientées vers des services de prise en charge du VIH pour en déterminer le stade clinique. Un TARV doit être instauré chez les patients éligibles ; il convient d'intégrer les autres patients dans le registre pré-TARV, d'instaurer un traitement préventif par le cotrimoxazole (TPC) et un suivi. Toutes les mesures nécessaires doivent être mises en place afin de s'assurer que toutes les personnes ayant besoin de soins en bénéficient.

De la même façon, les contacts familiaux séropositifs pour le VIH mais ne présentant pas de TB se situent à différents stades cliniques de l'infection par le VIH et doivent être pris en charge en conséquence.

2.1.2. À quoi renvoient les tests de dépistage du VIH et le conseil sur le VIH à l'initiative du soignant ?

Dans les environnements où le taux de prévalence du VIH est élevé, les agents de santé doivent systématiquement proposer des tests de dépistage du VIH à toutes les personnes qui entrent en contact avec les services de santé et qui ne connaissent pas déjà leur état sérologique vis-à-vis du VIH. Si le résultat du test le plus récent de la personne est négatif et qu'il remonte à plus de trois mois, il convient de réitérer la proposition de test. Ceci concerne les patients tuberculeux, leurs partenaires et les patients présumés tuberculeux, tel qu'expliqué ci-dessus. On nomme ceci le dépistage du VIH et le conseil sur le VIH à l'initiative du soignant (DCIS).

Cette approche diffère du conseil et dépistage volontaire traditionnel, où on laisse au patient la décision de réaliser un test de dépistage du VIH et où l'accent est mis sur le conseil approfondi avant le test. Avec le DCIS :

- Le soignant propose et explique au patient le test de dépistage du VIH.
- L'accent est davantage mis sur le « droit de refus », qui signifie que les patients bénéficient d'un test de dépistage du VIH dans le cadre de leurs soins de routine, à moins qu'ils ne le refusent.
- On privilégie le conseil après le test, plutôt que le conseil avant le test.

Le patient doit toujours se sentir libre de refuser le test et doit être assuré de la confidentialité du résultat.

2.1.3. Que doit comporter le conseil sur le VIH apporté aux patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux ?

Dans un premier temps, le soignant doit déterminer si les patients connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH. S'ils ne le connaissent pas, où si un résultat négatif remonte à plus de trois mois, il doit proposer un test de dépistage du VIH et le conseil sur le VIH.

Les éléments suivants doivent figurer dans le conseil et le soutien psychologique concernant le test de dépistage du VIH :

- déterminer les connaissances du patient à propos du VIH et du lien entre le VIH et la TB ;
- fournir des informations détaillées à propos du VIH et du lien entre le VIH et la TB ;

- déterminer si la personne présente des facteurs de risque associés à une probabilité plus élevée d'être infectée par le VIH. Parmi ces facteurs figurent le fait d'avoir des relations sexuelles sans utiliser le préservatif de façon correcte et constante, d'avoir de multiples partenaires sexuels, de réutiliser les aiguilles pour l'injection de drogues ou d'avoir subi une transfusion sanguine récente dans un contexte où le sang et les produits sanguins ne sont pas testés pour le VIH ;
- décrire en quoi consiste la réalisation du test ;
- décrire les répercussions possibles d'un résultat positif ou négatif ;
- expliquer quels sont les traitements et les soins disponibles et la façon dont les patients peuvent en bénéficier, s'ils se révèlent infectés par le VIH.

Chez une personne s'avérant séronégative et pour laquelle il est confirmé qu'elle ne se trouve pas dans la fenêtre sérologique,* la session de conseil après le test doit explorer la façon de rester séronégatif. Chez une personne s'avérant séropositive pour le VIH, le conseil après le test permet de proposer un soutien et fournit :

- les options de traitements et de soins disponibles et leurs résultats
- les éléments clés à propos du VIH, de la TB et d'autres pathologies liées au VIH
- la promotion d'un comportement sexuel qui diminue la probabilité d'infecter les autres et/ou de contracter d'autres infections sexuellement transmissibles ou d'être réinfecté par d'autres souches de VIH
- une aide quant à la divulgation du statut séropositif pour le VIH du patient à un proche ou un ami de confiance, afin de renforcer la capacité du patient à faire face au diagnostic.⁴

2.1.4. Quand le test de dépistage du VIH doit-il être réalisé ?

Si le statut sérologique actuel du patient vis-à-vis du VIH est inconnu, un test de dépistage du VIH doit être proposé dès que la TB du patient est identifiée ou même avant le diagnostic de TB, si possible. Si au départ le patient refuse d'être testé, il convient de réitérer la proposition lors de chaque visite ultérieure à la clinique (Encadré 2.2).

*La période qui suit l'infection par le VIH, avant que les anticorps ne deviennent détectables, est nommée « fenêtre sérologique ». Elle peut durer de 3 à 6 mois.

Encadré 2.2 Résultats de propositions réitérées du test de dépistage du VIH au Bénin

L'approche consistant à réitérer la proposition de tests de dépistage du VIH a été adoptée au Bénin. Ainsi, au cours de la première année du programme soutenu par L'Union, le taux d'acceptation du test a atteint 90%. Par la suite, 97% des patients tuberculeux ont été testés chaque année.

2.1.5. Qui doit proposer et réaliser le test de dépistage du VIH et le conseil sur le VIH ?

Le soignant qui s'occupe du patient présumé ou diagnostiqué tuberculeux est la personne la plus à même de proposer le conseil sur le VIH et de réaliser le test. Il peut s'agir d'un médecin, d'un infirmier, ou d'un conseiller ayant établi un rapport avec le patient, car ceci augmente l'acceptation du test de dépistage du VIH et accélère l'obtention du résultat du test par le patient. Il n'est pas nécessaire d'orienter le patient vers un autre soignant, car ceci peut entraîner un report du test et une occasion de test manquée (Encadré 2.3).

Toute personne, qu'il s'agisse d'un professionnel de santé ou d'un agent de santé communautaire, peut être formée à la réalisation des tests de dépistage rapide du VIH. Tous les sites dans lesquels on réalise des tests de dépistage du VIH doivent participer à un programme d'assurance qualité externe (AQE) organisé, dans de nombreux pays, par le programme national de lutte contre le sida (PNLS).

Encadré 2.3 Tests de dépistage du VIH et conseil sur le VIH à l'initiative du soignant dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) au Bénin, en République démocratique du Congo et au Zimbabwe

Au **Bénin**, de nombreuses cliniques antituberculeuses sont situées dans de petits centres de santé et sont uniquement dotées d'un infirmier et d'un technicien de laboratoire. Les deux types de personnel ont été formés pour proposer le dépistage et le conseil à l'initiative du soignant (DCIS) aux patients tuberculeux ; les résultats obtenus ont été excellents. *(suite)*

Encadré 2.3 (Suite)

En République démocratique du Congo (RDC), c'est également le soignant s'occupant du patient qui fournit le conseil dans les formations sanitaires soutenues par L'Union. Le personnel de laboratoire a également été formé pour faire preuve de tact avec les patients qui se présentent pour un test de dépistage du VIH.

Au Zimbabwe, la prévalence de l'infection par le VIH parmi les patients tuberculeux est beaucoup plus élevée qu'au Bénin et en RDC. Le DCIS a accru la charge de travail déjà conséquente des infirmiers ; le Ministère de la santé et du bien-être de l'enfant a décidé de créer une nouvelle catégorie d'agents de santé, à savoir le conseiller en soins primaires. Les personnes diplômées de l'école secondaire sont admissibles à ces postes, qui nécessitent six mois d'enseignement en classe suivis de six mois de formation pratique menant à un diplôme de conseil sur le VIH. En employant des conseillers de soins primaires, les institutions de santé sont donc en mesure de diminuer la charge de travail qui pèse sur les infirmiers. Les conseillers de soins primaires permettent de rendre plus facilement accessibles les services de conseil sur le VIH, améliorant les soins anti-VIH et la couverture du TARV ; ils facilitent également la bonne observance du TARV en contribuant à fournir des conseils en matière d'observance aux PVV déjà sous TARV.

2.1.6. Où le test de dépistage du VIH et le conseil sur le VIH doivent-ils être fournis ?

Dans l'idéal, le soignant responsable de diagnostiquer la TB doit proposer et effectuer le test de dépistage du VIH dans la **même** salle que celle dans laquelle a lieu la consultation relative à la TB (Encadré 2.4). Il convient de prendre en compte les éléments suivants :

- Cette approche rend le test de dépistage du VIH et le conseil sur le VIH plus accessibles aux patients.
- Les patients n'ont pas à rechercher la salle de dépistage, rejoindre une autre file d'attente et rencontrer un autre soignant. Ceci permet d'économiser du temps et peut diminuer la détresse des patients.
- Dans les cliniques et les hôpitaux, il convient d'organiser plus d'une salle pour mener des tests de dépistage rapide du VIH. Ces salles doivent garantir une intimité suffisante.

- Le conseil, en particulier le conseil fourni après le test, peut prendre plus de temps qu'une consultation ordinaire pour une plainte aiguë. Par conséquent, les salles de conseil doivent être situées à l'extérieur des secteurs les plus fréquentés, dans la mesure du possible.
- Il convient de prendre en compte les mesures de maîtrise de l'infection tuberculeuse, et d'utiliser au mieux l'espace disponible dans la clinique/l'hôpital.

Encadré 2.4 Amélioration de l'acceptation du test de dépistage du VIH dans le CDT lorsqu'il est réalisé par les infirmiers spécialistes de la tuberculose au Zimbabwe

Au Zimbabwe, le programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été le premier programme à proposer le test de dépistage du VIH au niveau des soins de santé primaires. Par conséquent, la salle de dépistage du VIH était souvent située à proximité des salles de soins prénataux.

Au début des activités TB-VIH soutenues par L'Union à Harare et à Bulawayo, l'acceptation du test de dépistage du VIH se situait entre 65 et 76% et le personnel travaillant dans les salles de soins antituberculeux dans les sites pilotes souhaitait trouver des moyens d'universaliser le test. Les membres du personnel ont observé que les patients tuberculeux hommes, même s'ils souhaitaient bénéficier d'un test de dépistage, étaient réticents à l'idée de visiter l'aile des soins prénataux et de se mêler aux femmes enceintes. De ce fait, l'équipe a décidé que le test de dépistage de tous les patients tuberculeux devait être réalisé par les infirmiers spécialistes de la TB dans les salles de soins antituberculeux. Ce simple changement a entraîné une augmentation de l'acceptation du test de dépistage, qui a atteint 95 à 100% chez ces patients.

2.1.7. Quels sont les types de tests de dépistage du VIH à utiliser ?

Le PNLs choisit les tests à utiliser dans le pays et il convient de respecter les politiques nationales en matière de tests de dépistage.

Ce sont en général les tests de dépistage rapide du VIH qui sont utilisés. Ces tests possèdent plusieurs avantages :

- Ils sont simples à réaliser et ne nécessitent pas de professionnels de laboratoire hautement qualifiés ou même de laboratoire.

- Ils sont réalisés à partir de sang total obtenu par piqûre au doigt et les échantillons n'ont pas besoin d'être traités.
- Les résultats sont disponibles en 15 à 30 minutes ; cela signifie que les patients qui acceptent le test de dépistage peuvent, le même jour, être informés de leurs résultats et recevoir leurs premiers conseils après le test.
- Ils sont moins onéreux que les essais immuno-enzymatiques.

Pour que le test de dépistage du VIH soit considéré comme positif, il faut que deux tests utilisant deux principes différents soient positifs. Un échantillon est collecté et testé en premier puis, s'il s'avère positif, un second échantillon est collecté et testé. Comme toutes les informations médicales, les résultats du test sont confidentiels et il convient de prendre toutes les précautions pour garantir la conservation en lieu sûr des dossiers des patients.

Il est également possible de confirmer les résultats du test de dépistage rapide du VIH à l'aide d'autres tests, y compris un essai immuno-enzymatique. Les essais immuno-enzymatiques peuvent aussi être utilisés aux fins de l'AQE. Par exemple, dans les centres soutenus par L'Union en République démocratique du Congo (RDC), tous les échantillons positifs et 10% des échantillons négatifs au test de dépistage du VIH sont prélevés sur papier filtre. Ces échantillons de gouttes de sang séché sont ensuite collectés au cours de visites de supervision, puis transportés au laboratoire national de référence VIH/sida pour des essais immuno-enzymatiques, aux fins de l'assurance qualité.

2.2. Dispenser un traitement préventif au cotrimoxazole chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH

Le traitement préventif au cotrimoxazole (TPC), ou prophylaxie au cotrimoxazole, est une intervention simple et peu onéreuse qui améliore considérablement la survie des PVV symptomatiques.

2.2.1. Qu'est-ce que le traitement préventif au cotrimoxazole ?

Le cotrimoxazole est une combinaison à dose fixe de deux médicaments : le sulfaméthoxazole et le triméthoprime. Administré à la dose quotidienne pour adultes de 960 mg (c'est-à-dire, 800 mg de sulfaméthoxazole et 160 mg de triméthoprime), il protège de façon efficace contre plusieurs organismes pathogènes, comme *Pneumocystis jirovecii* (anciennement

P. carinii), *Toxoplasma gondii* et *Isospora belli*, et contre de nombreux agents pathogènes courants à l'origine de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme. Ce traitement est qualifié de traitement préventif au cotrimoxazole. Le recours régulier au TPC entraîne une diminution de la morbi-mortalité due aux pathologies mentionnées ci-dessus chez les personnes infectées par le VIH.

Le TPC est recommandé chez toutes les PVV symptomatiques, en l'absence de contre-indications. Son utilisation doit se poursuivre jusqu'à nouvel ordre ou jusqu'à ce que les mécanismes de défense immunitaire de la personne se soient renforcés et qu'un certain taux de CD4 ait été atteint pendant une période minimale de six mois. Le taux exact de CD4 nécessaire varie en fonction des directives nationales, qui doivent être respectées.

2.2.2. Pourquoi les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ont-ils besoin d'un traitement préventif au cotrimoxazole ?

Les personnes séropositives pour le VIH atteintes de TB pulmonaire ou extrapulmonaire appartiennent respectivement aux stades 3 et 4 de l'infection par le VIH selon la classification de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le TPC fait partie intégrante de la prise en charge de ces patients pour prévenir la morbi-mortalité due aux pathologies mentionnées ci-dessus.

2.2.3. Quand le traitement préventif au cotrimoxazole doit-il être instauré chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ?

Le TPC peut être instauré au même moment que le traitement antituberculeux, soit le même jour ou le jour suivant.

2.2.4. Où le traitement préventif au cotrimoxazole peut-il être administré aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ?

Dans la salle de soins antituberculeux, l'infirmier spécialiste de la TB peut fournir le conseil sur les bénéfices du TPC et sur le médicament en lui-même aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, afin que ceux-ci n'aient pas à se rendre dans une autre salle. L'infirmier spécialiste de la TB contrôle l'administration du TPC et l'enregistre sur les fiches de traitement de la TB et du VIH. Les registres de la TB et du TARV doivent

indiquer i) si le patient bénéficie du TPC (quelques patients peuvent présenter des contre-indications, comme une allergie aux médicaments contenant un sulfamide) et ii) les dates de début et de fin du TPC.

En règle générale, on donne au patient un stock de cotrimoxazole suffisant pour un ou deux mois. Si le patient reçoit ses médicaments antituberculeux dans le cadre du traitement antituberculeux directement observé à la clinique, au cours de la phase intensive du traitement antituberculeux, il est possible d'inclure le cotrimoxazole. Toutefois, dans de nombreux contextes, le patient prend le cotrimoxazole de manière indépendante à domicile, avec le soutien d'un compagnon de traitement qui surveille également que le patient prend ses médicaments antirétroviraux (ARV).

Si le patient tuberculeux a déjà bénéficié de soins anti-VIH et que le TPC a été instauré avant le diagnostic de la TB, il est recommandé que l'infirmier, avec le patient, détermine le lieu le plus pratique pour que le patient continue à recevoir le cotrimoxazole, afin de ne pas administrer le médicament deux fois au même patient.

Une fois le traitement antituberculeux achevé, il convient d'examiner les arrangements relatifs à la poursuite du TPC. En règle générale, les patients reçoivent le TPC dans la clinique ou la salle dans laquelle ils reçoivent leurs médicaments ARV. Il convient de veiller à ce que les patients comprennent que le TPC fait partie des soins anti-VIH et qu'il ne doit donc pas être arrêté uniquement parce que le traitement antituberculeux s'est achevé.

2.3. Instaurer un traitement antirétroviral chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH

Grâce au traitement antirétroviral, l'infection par le VIH des PVV est à présent une pathologie chronique pouvant être prise en charge.

2.3.1. Qu'est-ce que le traitement antirétroviral ?

Le traitement antirétroviral (TARV) est une combinaison d'au moins trois médicaments qui inhibent la croissance du VIH. Il est destiné à rétablir et préserver les mécanismes de défense immunitaire en ralentissant la répllication du VIH dans l'organisme, comme l'indique une augmentation du taux de CD4 ou une diminution de la charge virale, lorsqu'elle peut être testée. Le TARV diminue la survenue des infections opportunistes et des

cancers, améliore la qualité de vie et augmente les chances de survie. En diminuant la charge virale du VIH dans le sang et autres liquides organiques, le TARV est en mesure de réduire le risque de transmission du VIH à un partenaire sexuel et/ou d'une mère à son bébé au cours de la grossesse, de la naissance et de l'allaitement.

2.3.2. Pourquoi les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ont-ils besoin d'un traitement antirétroviral ?

Les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ont besoin d'un TARV car leur survie est compromise. L'instauration du TARV va améliorer les résultats du traitement antituberculeux. À long terme, la prise du TARV telle que conseillée diminue également de 50% le risque de récurrence de TB.

2.3.3. Quand le traitement antirétroviral doit-il être instauré chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ?

Pour décider du moment où les PVV atteintes de TB doivent débiter un TARV, il convient de trouver un équilibre délicat entre l'utilisation du TARV précoce pour prévenir le développement du sida et réduire la mortalité, et la gestion de l'observance du traitement antituberculeux. Il est nécessaire de prendre en compte plusieurs facteurs, parmi lesquels :

- les interactions médicamenteuses ;
- le chevauchement des toxicités médicamenteuses ;
- la survenue d'un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS, pour « immune reconstitution inflammatory syndrome » en anglais ; consulter la Section 2.3.4) ;
- le nombre important de médicaments que doit prendre un patient tuberculeux séropositif pour le VIH sous TARV.

Selon les recommandations internationales actuelles :⁵

- Les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH sont éligibles au TARV **indépendamment** de leur taux de CD4
- Il convient d'instaurer en premier lieu le traitement antituberculeux, puis le TARV le plus rapidement possible et dans les huit premières semaines.

Cependant, selon trois études récentes,⁶⁻⁸ il est recommandé d'instaurer le TARV **environ deux semaines** après le début du traitement

antituberculeux, plutôt que de le reporter à plus tard, en particulier chez les patients à un stade avancé d'immunodépression. Selon ces études, l'instauration du TARV à ce moment i) n'a pas entraîné d'effets plus toxiques dus aux médicaments et ii) a permis de diminuer de 34 à 68% la mortalité ou la progression du sida chez les patients tuberculeux avec un taux de CD4 inférieur à 50 cellules/mm³.

Malheureusement, toutes les études ont signalé que la survenue de l'IRIS a été multipliée par 2,5 à 4,7 chez les patients ayant débuté le TARV environ deux semaines après le début du traitement antituberculeux, par rapport à ceux ayant débuté le TARV après 8 à 12 semaines.

Il est possible que les directives internationales soient révisées à la lumière de ces nouvelles données probantes.

2.3.4. Quels sont les faits fondamentaux concernant le syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire associé à la tuberculose ?

L'IRIS associé à la TB peut se produire lorsque les mécanismes de défense affaiblis des patients commencent à se rétablir. À ce stade, il est possible que leurs symptômes tuberculeux s'aggravent. L'incidence de l'IRIS est particulièrement élevée, jusqu'à 10%, au cours des trois à six premiers mois du TARV. Parmi les facteurs de risque figurent i) l'initiation simultanée d'un traitement antituberculeux et antirétroviral et ii) un taux initial de CD4 inférieur à 50 cellules/mm³. Les symptômes peuvent être systémiques et sévères. Certains patients peuvent avoir besoin d'une hospitalisation et d'une poursuite du traitement ARV et antituberculeux associés à des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des stéroïdes afin de diminuer l'inflammation.

2.3.5. Quelles sont les étapes à envisager lors de l'instauration d'un traitement antirétroviral chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ?

Le guide de L'Union intitulé *Prise en Charge de la Tuberculose : Guide des éléments essentiels pour une bonne pratique* propose une approche étape par étape de l'instauration du TARV chez les personnes infectées par le VIH, y compris les patients tuberculeux.⁹ Cette approche a été suivie avec succès dans les sites soutenus par L'Union.

Une approche étape par étape pour l'instauration du TARV chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH :

- évaluer le stade clinique de l'infection par le VIH afin de déterminer s'il s'agit :
 - du stade clinique 3 de l'OMS chez les patients adultes souffrant de TB pulmonaire, en l'absence de pathologies renvoyant au stade 4 de l'OMS, telles que la pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*, la candidose œsophagienne, la maladie de Kaposi
 - du stade clinique 4 de l'OMS chez les patients adultes souffrant de TB extrapulmonaire
- instaurer le TPC ;
- traiter les autres maladies opportunistes existantes, comme la pneumonie, la diarrhée, la candidose ;
- conseiller les patients et les accompagnateurs sur le TARV, les symptômes des effets indésirables possibles du traitement, y compris l'IRIS, la façon de prendre les médicaments et l'importance de les prendre régulièrement afin de prévenir le développement de la résistance médicamenteuse ;
- instaurer le TARV environ deux semaines après le début du traitement antituberculeux au lieu de le reporter à plus tard ;
 - ceci est particulièrement important chez les patients sévèrement immunodéprimés
- l'éfavirenz (EFV) est l'inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) privilégié chez les patients sous traitement antituberculeux, car la rifampicine n'interfère pas autant avec son métabolisme qu'avec le métabolisme de la névirapine ;
- chez les patients qui ne tolèrent pas l'EFV, envisager l'association de trois INNTI (zidovudine et lamivudine associées à abacavir ou ténofovir) ou un protocole thérapeutique comportant de la névirapine. Il convient de respecter les directives nationales.

2.3.6. Qui peut instaurer le traitement antirétroviral chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ?

Même s'il est généralement recommandé que les médecins prescrivent le TARV, dans les pays où le nombre de professionnels ayant une formation médicale est restreint et où la couverture du TARV est faible, il est possible d'envisager que d'autres membres du personnel clinique, notamment les

Encadré 2.5 Initiation et suivi du traitement antirétroviral par les infirmiers au Zimbabwe et en République démocratique du Congo

D'après l'expérience acquise dans les sites pilotes urbains au Zimbabwe et dans les cliniques urbaines et rurales en RDC, les infirmiers ayant reçu une formation en classe et en cours d'emploi sur la médecine de base relative au VIH et le TARV sont en mesure, s'ils sont correctement soutenus et supervisés, d'instaurer le TARV de première ligne chez les patients et de suivre ces derniers.

Parmi les patients tuberculeux chez lesquels un TARV avait été instauré en 2008 dans les sites pilotes de Bulawayo, Zimbabwe, 74% étaient en vie et prenaient le TARV après 24 mois de suivi ; 13% étaient décédés ; et 8% avaient été perdus de vue au cours du suivi. Les derniers 5% avaient changé de site de TARV. Aucun patient n'avait arrêté le traitement.

Dans les 13 sites en RDC, la survie à 24 mois pour les patients inscrits en 2008 s'élevait à 64% ; 14% étaient décédés ; 8% avaient été perdus de vue au cours du suivi ; and 15% avaient été transférés vers un autre site de TARV.

infirmiers, puissent instaurer le protocole de TARV de première ligne chez les patients, dans les cas simples (Encadré 2.5). Il est nécessaire qu'un médecin ayant suffisamment d'expérience dans la prise en charge des patients sous TARV soit disponible pour fournir des conseils et prendre en charge :

- un éventuel IRIS ;
- les interactions médicamenteuses ;
- les effets indésirables médicamenteux (EIM).

Il est également nécessaire qu'un médecin soit disponible pour réaliser les substitutions de médicaments et passer un patient d'un protocole de TARV de première ligne à un protocole de TARV de deuxième ligne, en cas de besoin.

2.3.7. Où le traitement antirétroviral doit-il être administré à un patient tuberculeux séropositif pour le VIH ?

Le choix du lieu d'administration du TARV, que ce soit pendant ou après le traitement antituberculeux, constitue une décision importante. Le TARV doit-il être disponible dans le centre de diagnostic et de traitement de la

TB (CDT), dans la clinique spécialisée dans le TARV, dans les deux établissements, ou dans une clinique globale ? Ce choix peut déterminer le nombre de patients tuberculeux séropositifs en mesure d'accéder au TARV, ainsi que la charge de travail du personnel de santé. Les équipes de santé travaillant dans différentes régions du monde, y compris celles collaborant avec L'Union, rassemblent des réponses à ces questions (Encadrés 2.6 et 2.7).

Dans une vaste structure dédiée à la TB au Bénin, les soins de la coinfection TB-VIH étaient pour une grande part non intégrés ; et au Zimbabwe, ils étaient en partie intégrés et co-implantés, même s'ils n'étaient pas dispensés dans la même salle par les mêmes agents de santé. En RDC, une approche totalement intégrée des soins de la coinfection TB-VIH a été adoptée dans les sites de l'IHC soutenus par L'Union, où le même soignant fournissait sous le même toit tous les services TB-VIH aux patients tuberculeux (non illustré).

La question de disposer d'un « guichet unique » où sont fournis les services contre la TB et le VIH a fait l'objet de maintes discussions. Selon ce modèle, les patients n'ont pas besoin de quitter l'établissement où ils sont sous TARV s'ils développent une TB, ni de se présenter en tant que patients tuberculeux dans un nouvel établissement alors qu'ils reçoivent un TARV ailleurs. Il est souvent difficile de co-implanter les services de prise en charge de la TB et du VIH, car le nombre de sites de diagnostic et de traitement de la TB est supérieur au nombre de sites dédiés au TARV/aux soins anti-VIH. La solution consiste peut-être à décentraliser le TARV des hôpitaux vers les établissements de soins de santé primaires ; il s'agit d'une approche prometteuse mise en œuvre au Zimbabwe dans les cliniques urbaines soutenues par L'Union et dont ce guide décrit de nombreux exemples.

La planification de la mise en œuvre des services intégrés TB-VIH nécessite de considérer plusieurs facteurs. Il convient de prendre en compte les problèmes programmatiques, médicaux et ceux liés au personnel. Souvent, les ressources financières déterminent, par exemple, la rapidité de l'expansion du service. Chaque pays doit élaborer les approches les meilleures possibles en fonction de sa situation propre ; c'est un exercice qui ne peut se concevoir sans « l'apprentissage par la pratique ». Le projet doit s'appuyer sur les conclusions de la recherche opérationnelle, telles que l'étude des résultats de traitement et l'amélioration de la rentabilité. Il est également recommandé de réaliser une consultation entre les professionnels de santé travaillant à différents niveaux du système de santé, ainsi qu'avec les patients et les communautés.

Le tableau 2.1 résume les principaux avantages et inconvénients des services intégrés et non intégrés en matière de TB-VIH.

Encadré 2.6 Administration du traitement antirétroviral aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH au CNHPP au Bénin

Le Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP), situé à Cotonou, est l'un des principaux hôpitaux spécialisés dans les maladies respiratoires au Bénin. Chaque année, environ un tiers des patients tuberculeux du pays sont pris en charge dans ce centre.

Le CNHPP est accrédité pour dispenser le TARV aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH. Toutefois, en raison de la mission hautement spécialisée de l'établissement et de l'augmentation rapide de la charge de patients sous TARV, les patients tuberculeux séropositifs (qu'ils soient déjà sous TARV ou non) sont orientés vers des sites plus proches de leur domicile pour le TARV.

D'après une évaluation de l'accession au TARV par les patients orientés vers d'autres centres de TARV, il était peu probable que les patients qui ne bénéficiaient pas encore de TARV au terme du traitement antituberculeux* aient commencé le suivi dans le « nouveau » site de TARV. Certains patients ont indiqué ne pas avoir recherché d'autres soins car ils se sentaient mieux ; d'autres ont indiqué des difficultés d'accès aux soins, telles que des frais d'inscription coûteux dans des sites privés, des demandes d'examen biologiques supplémentaires et des retards pour obtenir un rendez-vous. Les patients déjà sous TARV étaient plus susceptibles d'accéder aux centres de TARV d'accueil, même s'ils signalaient également certaines difficultés.

Par la suite, le processus d'orientation a été renforcé afin d'inclure les étapes suivantes :

- contacter par téléphone le site de TARV d'accueil afin d'annoncer l'arrivée des patients et de s'assurer qu'ils se sont bien présentés ;
- fournir aux patients une copie de leur dossier thérapeutique ;
- commander au préalable toutes les analyses biologiques dont le site de TARV d'accueil pourrait avoir besoin et mettre les résultats à disposition pour la première visite des patients ;
- orienter essentiellement les patients vers les cliniques gouvernementales qui ne nécessitent aucun paiement.

Un registre d'orientation des patients sous TARV a finalement été ajouté au système d'information.

* Cette pratique s'appuyait sur les directives nationales et internationales de l'époque.

Encadré 2.7 Coordination de la prise en charge clinique des patients atteints de coinfection TB-VIH : une expérience au Zimbabwe

Au Zimbabwe, la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux varie de 70 à 85%, et le nombre de patients coinfectés est considérable. Pour répondre à leurs besoins, les équipes travaillant dans les sites pilotes urbains à Bulawayo, au Zimbabwe, ont examiné diverses possibilités de soins intégrés.

Des services antituberculeux décentralisés existaient déjà et les cliniques disposaient d'une salle de soins prévue à cet effet, dotée d'un infirmier spécialiste de la TB qui alternait chaque trimestre. Parmi les principales tâches de l'infirmier figuraient les soins aux patients et la tenue des registres de la TB.

Reconnaissant le risque de saturation qui pesait sur ce service efficace, l'équipe a décidé de proposer dans la salle de soins antituberculeux le test de dépistage du VIH et le TPC mais pas le TARV ; des salles de TARV ont été organisées à proximité immédiate des salles de soins antituberculeux. Ceci permettait de garantir que les patients sachent précisément où se situaient les services dont ils avaient besoin. Les soins anti-VIH, y compris le TARV, étaient prodigués par des infirmiers formés au TARV et qui alternaient chaque trimestre. Il était possible que ces infirmiers aient travaillé dans la salle de soins antituberculeux au cours des trimestres précédents. Ils étaient en mesure de dépister les symptômes de la TB chez les patients sous TARV et de les orienter de nouveau vers la salle dédiée à la TB pour évaluation, afin d'éviter un allongement des temps d'attente dans le service du TARV.

Au terme de leur traitement antituberculeux, les patients sous TARV arrêtaient leurs visites à l'infirmier spécialiste de la TB et se rendaient uniquement à la clinique du TARV.

Voici les principaux enseignements tirés de l'expérience menée au Zimbabwe :

- Il est nécessaire de disposer d'une équipe polyvalente afin de dispenser des services en matière de TB-VIH. Ceci signifie que tous les agents de santé doivent maîtriser la prise en charge de patients souffrant de coinfection TB et VIH/sida.
- Il est indispensable d'assurer une supervision de soutien régulière.
- L'utilisation locale des informations enregistrées dans les registres de la TB et de TARV garantit que la qualité du service est constamment contrôlée et améliorée.
- La participation de la communauté au suivi des patients réduit le nombre de patients risquant d'arrêter leur traitement.
- Les arrangements relatifs à la prise en charge conjointe des patients souffrant d'une coinfection TB-VIH doivent être simples et souples, afin que des ajustements puissent être réalisés en cas de besoin.

Tableau 2.1 Résumé des avantages et des inconvénients des services intégrés et non intégrés en matière de TB-VIH

<i>Cliniques avec des services intégrés en matière de TB-VIH : approche « guichet unique »</i>	
<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<p>Les patients reçoivent des soins complets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une seule visite est suffisante : tous les tests nécessaires peuvent être menés ; les résultats sont disponibles pour les patients et les soignants, ils sont enregistrés dans un seul dossier patient ; tous les médicaments sont délivrés • aucun risque de patients perdus de vue au cours du suivi • temps d'attente plus court • un seul soignant : simplification du diagnostic et de la prise en charge des EIM et des IRIS • meilleure communication avec le patient, meilleur soutien en faveur de l'observance du traitement • aucune orientation nécessaire : acceptation élevée du TPC et du TARV et morbi-mortalité plus faible <p>Services de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • moins de ressources doivent être consacrées à la gestion des orientations • dossiers patients et registres intégrés disponibles dans un seul établissement • satisfaction professionnelle du soignant : il peut suivre les patients au fil du temps 	<p>Nécessite une gestion du changement : coordination et collaboration entre les services antituberculeux et anti-VIH, en particulier aux niveaux national et régional/provincial des soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans de nombreux pays, les services sont fournis par les mêmes agents de santé <p>Dans les pays avec une prévalence élevée du VIH, les soins du sida et le TARV à vie peuvent saturer les services antituberculeux</p> <p>S'assurer que la maîtrise de l'infection tuberculeuse constitue une priorité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des zones d'attente adaptées et spacieuses et des salles bien ventilées et lumineuses sont nécessaires • nécessité d'une politique et de procédures de maîtrise de l'infection, ainsi que d'une formation et d'une supervision du personnel <p>Les agents de santé doivent avoir reçu une « formation transversale » ou être « polyvalents » et connaître les bases de la prise en charge de l'infection tuberculeuse et de l'infection à VIH</p>

Tableau 2.1 (Suite)

<i>Services en matière de TB et de VIH non intégrés ou parallèles : approche « double guichet »</i>	
<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<p>Maintien du « statu quo » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cliniques dédiées à la TB fournissent uniquement des services liés à la TB • Les cliniques dédiées au VIH fournissent uniquement des services liés au VIH <p>Pas de changement à gérer !</p>	<p>Les patients doivent se rendre dans plus d'une clinique, ce qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prend souvent plus de temps et coûte davantage d'argent (pour le transport et les frais médicaux) • peut provoquer des retards d'accès à la clinique d'accueil et est susceptible de causer une interruption de traitement et le développement d'une résistance médicamenteuse • pourrait entraîner la décision du patient de ne pas se rendre dans un autre établissement, en raison de la stigmatisation • crée des occasions manquées : acceptation plus faible du TPC/du TARV, retards dans l'instauration du traitement antituberculeux
<p>La maîtrise de l'infection tuberculeuse peut être moins essentielle car il y a « moins de mélange » entre les PVV et les personnes présumées tuberculeuses</p>	<p>Services de santé : des soins fragmentés sont susceptibles d'avoir un effet négatif sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la qualité des soins et le suivi des patients • le diagnostic et la prise en charge des EIM et des IRIS • la coordination du laboratoire et d'autres examens • l'enregistrement et la notification en matière de soins de la coinfection TB-VIH <p>Nécessité de procédures et de pratiques d'orientation minutieuses afin de garantir que les patients aient accès aux soins planifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • personnel dédié • formulaires et suivi par téléphone

2.3.8. Où et comment les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH peuvent-ils poursuivre leur traitement antirétroviral au terme du traitement antituberculeux ?

Il convient d'élaborer des procédures afin de veiller à ce que les patients séropositifs pour le VIH devant poursuivre leur TPC, leur TARV ou d'autres soins anti-VIH, puissent le faire facilement au terme de leur traitement antituberculeux. Il s'agit d'un élément essentiel afin de diminuer le risque de patients perdus de vue au cours du suivi et d'interruptions de traitement. Dans la plupart des contextes, les patients cessent de se rendre à la clinique antituberculeuse au terme du traitement contre la TB. Au cours de leur traitement antituberculeux, s'ils se sont également rendus à la clinique dédiée au VIH pour le TPC et le TARV, ils continuent de se rendre uniquement à cette clinique. Toutefois, si les soins du sida et le TARV étaient dispensés par les services antituberculeux au cours du traitement contre la TB, il est nécessaire de réaliser une orientation harmonieuse et efficace vers la clinique dédiée au VIH. Ceci requiert une bonne communication entre les cliniques antituberculeuses, celles dédiées au VIH, les patients et leurs accompagnateurs. Si les services ne sont pas co-implantés, il est important de contrôler le système d'orientation des patients afin de veiller à ce que les patients accèdent aux centres vers lesquels ils sont transférés.

2.3.9. Comment la réponse au traitement antirétroviral est-elle contrôlée ?

C'est le nouvel examen des échantillons de crachat à intervalles déterminés qui permet de contrôler l'évolution des patients tuberculeux à frottis positif au cours du traitement. Il convient également de contrôler leur réponse au TARV. À moins d'être gravement malades et d'avoir besoin de visites hebdomadaires ou d'hospitalisations, les patients qui débutent un TARV sont habituellement suivis toutes les deux semaines ou tous les mois pendant les trois premiers mois suivant l'instauration du TARV. Par la suite, il est possible de réduire la fréquence si le patient paraît tolérer les médicaments ARV. Les directives nationales déterminent la périodicité selon laquelle les médicaments ARV et le cotrimoxazole peuvent être simultanément prescrits : habituellement tous les deux à trois mois.

Les visites de suivi des patients doivent comporter les étapes suivantes :

- On demande aux patients s'ils ont des plaintes, et un examen clinique est réalisé. La neuropathie périphérique constitue un effet

indésirable fréquent de l'isoniazide et de certains médicaments ARV, il est donc important de demander aux patients s'ils ont ressenti des picotements dans leurs membres inférieurs.

- On pose aux patients ayant achevé le traitement antituberculeux les questions énumérées dans la grille de dépistage symptomatique de la TB (voir l'Encadré 3.2 à la page 42). Si nécessaire, on reprend les examens pour rechercher la TB.
- On évoque l'observance du TARV par les patients : Depuis la consultation précédente, ont-ils oublié de prendre des doses de médicaments ARV ? Si oui, pourquoi cela s'est-il produit et qu'est-ce qui peut être mis en œuvre pour éviter l'oubli de doses à l'avenir ?
- On pèse les patients et on évalue leur performance.
- En règle générale, on ne réalise pas de manière systématique des examens tels que la numération formule sanguine, ou les dosages d'hémoglobine, lactate déshydrogénase, alanine aminotransférase et créatinine, mais ceux-ci sont proposés aux patients qui ont besoin d'examens complémentaires.¹⁰
- Quand ce test est disponible, la mesure des taux de CD4 peut être effectuée tous les six mois ou une fois par an.
- La mesure de la charge virale fournit les meilleures informations sur la suppression de la réplication du VIH et l'observance du traitement par un patient. En raison de son coût élevé, la mesure de la charge virale fait souvent défaut dans les contextes à ressources limitées. Toutefois, les gouttes de sang séché sur papier buvard seront probablement de plus en plus utilisées pour mesurer régulièrement la charge virale des patients.
- On répond aux questions des patients et on leur fournit des informations pertinentes liées au VIH.

2.3.10. Comment encourager l'adhérence au traitement antirétroviral chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ?

Même si la durée du traitement de la TB pharmacosensible s'élève à six ou huit mois uniquement, l'observance du traitement peut déjà poser des problèmes aux patients tuberculeux et aux agents de santé qui les soutiennent. Lorsque le traitement antituberculeux est combiné au TARV, qui est un traitement à vie, la plupart des patients traversent des périodes au cours desquelles ils ont besoin de soutien et d'aide afin de garantir une bonne observance du traitement.

Tableau 2.2 Rôles et responsabilités principales des différentes parties prenantes pour encourager une bonne observance du traitement

<i>Partie prenante</i>	<i>Principal(e) rôle/responsabilité</i>
Programmes nationaux, planificateurs et responsables des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les services afin qu'ils soient centrés sur les patients et soient accueillants • Organiser les services afin de maximiser l'observance (services intégrés, visites synchronisées, heures d'ouvertures pratiques, etc.) • Sélectionner des protocoles thérapeutiques disponibles sous forme de combinaisons de médicaments à dose fixe et avec une administration simple (de préférence une fois par jour) • Fournir des stocks réguliers et suffisants de médicaments de qualité garantie, disponibles à tous moments et dans tous les sites de traitement • Veiller à ce que le traitement antituberculeux soit gratuit pour le patient et que le TARV soit gratuit ou très abordable • Élaborer des façons innovantes de soutenir l'observance (par ex., utilisation de calendriers de traitement où les patients et/ou leurs accompagnateurs peuvent noter les doses prises à temps ; utilisation de téléphones portables pour envoyer aux patients des rappels par texto ou pour alerter les patients à l'aide de la fonction alarme du téléphone ; dénombrement des pilules restantes lors des visites à la clinique)
Agents de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir aux patients des soins médicaux de bonne qualité, y compris l'administration du traitement antituberculeux directement observé au cours de la phase intensive • Informer et éduquer les patients et leurs partenaires de traitement sur l'importance de l'observance du traitement • Fournir des conseils sur l'observance et aider à déterminer des situations passées ayant mené les patients à oublier leurs médicaments quotidiens, l'objectif étant de prévenir la réapparition des problèmes • Prescrire et délivrer les bons médicaments à des doses adéquates • Réaliser en temps voulu le diagnostic et la prise en charge des effets indésirables des médicaments et du chevauchement des toxicités • Développer de bonnes capacités de communication • Instaurer un environnement favorable à une bonne prise en charge des patients
Patients	<ul style="list-style-type: none"> • Être motivés à prendre en charge leur propre santé • Être disposés à apprendre les données de base concernant leur pathologie et la prise en charge • S'engager à prendre les médicaments, même à vie ; transporter une carte du patient ; être présents pour les examens à la clinique ; adopter des pratiques sexuelles plus sûres ; et mener une vie positive et saine • Être disposés à divulguer leur état sérologique positif vis-à-vis du VIH, rechercher et accepter le soutien social, en rejoignant par exemple un groupe de soutien
Accompagnateurs/compagnons de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Vouloir fermement soutenir les patients à long terme pour prendre leurs médicaments tels que prescrits • Être disposés à participer aux sessions de conseil et de formation et accepter le suivi par les soignants

Ce sont les efforts conjoints des services de santé, des soignants et des patients eux-mêmes qui permettent d'obtenir cette bonne observance. Le tableau 2.2 résume les rôles et responsabilités fondamentales de chaque partie prenante.

2.3.11. Quelles mesures de prévention contre le VIH les services antituberculeux peuvent-ils fournir ?

La prévention contre le VIH constitue un service important que doivent fournir les services généraux de santé. Chaque fois que des services de santé sont disponibles, en particulier des services de soins et de traitement anti-VIH, il convient de promouvoir les mesures de prévention contre le VIH (Tableau 2.3).

On recommande que les services antituberculeux prévoient pour les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux un ensemble de base de mesures préventives parmi lesquelles peuvent figurer :

- une formation sur les pratiques d'injection sûres pour les patients qui ont besoin de médicaments injectables, comme la streptomycine ;

Tableau 2.3 Méthodes de prévention contre l'infection au VIH chez les personnes séropositives et séronégatives pour le VIH

<i>Méthode de prévention contre le VIH</i>	<i>Personnes séro-négatives pour le VIH</i>	<i>Personnes séro-positives pour le VIH</i>
Information, éducation et communication	X	X
Produits sanguins sûrs	X	X
Programmes d'échange d'aiguilles	X	X
Préservatifs masculins et féminins	X	X
Prise en charge des infections sexuellement transmissibles	X	X
Circoncision masculine	X	—
Microbicides vaginaux	X	—
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	X*	X
Prophylaxie pré-exposition (en cours de développement)	X	—
Prophylaxie post-exposition (par ex., après une blessure par piqûre d'aiguille)	X	—

* Les directives relatives à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH comportent l'administration de névirapine aux nourrissons exposés.

- une information, une éducation et une communication sur le VIH et sa prévention ;
- une promotion des préservatifs masculins et féminins, en mettant l'accent sur leur utilisation correcte et constante ;
- une orientation de patients pouvant présenter une infection sexuellement transmissible (IST) vers une clinique spécialisée dans les IST ;
- des mesures de réduction des risques pour les patients UDI.

2.3.12. Quelle est la relation entre la tuberculose multirésistante et le VIH ?

De nombreux cas de TB multirésistante (TB-MR)* ont été signalés chez les PVV. Celles-ci sont plus susceptibles d'être infectées par *Mycobacterium tuberculosis* et de développer une maladie active. Le traitement de la TB-MR de ces personnes est particulièrement difficile ; en effet, la maladie dure actuellement 18 à 24 mois, exige des médicaments plus toxiques et plus onéreux et complique le traitement du VIH en raison des interactions médicamenteuses potentielles et de l'augmentation du nombre de comprimés à prendre.

Ces éléments soulignent la nécessité de bonnes mesures de maîtrise des infections à transmission aérienne dans *tous* les environnements prenant en charge des patients souffrant de TB infectieuse, mais en particulier au sein des cliniques accueillant des PVV. Lorsque cela est possible, les personnes avec une TB, quelle qu'en soit la forme, doivent être traitées dans la communauté afin de prévenir la transmission au sein de la formation sanitaire.

L'objectif final est avant tout de prévenir le développement de souches de TB pharmacorésistantes. Ceci exige des programmes de lutte antituberculeuse bien gérés, qui veillent à ce que les cliniciens prescrivent le traitement antituberculeux approprié et que les patients respectent leur traitement et prennent leurs médicaments sous observation directe pendant la phase intensive du traitement.

*On définit la TB multirésistante comme une TB résistante à au moins la rifampicine et l'isoniazide.

Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Sans traitement, l'infection par le VIH entraîne la destruction des mécanismes de défense immunitaire de l'organisme. Par conséquent, les PVV contractent des infections sévères et souvent fatales auxquelles les personnes séronégatives pour le VIH ne sont souvent pas vulnérables. On nomme ces pathologies des infections opportunistes (IO). La TB constitue une IO majeure qui touche fréquemment les PVV et entraîne un décès prématuré.¹¹ Cette section aborde les mesures clés permettant de réduire la charge de la TB chez les PVV.

3.1. Rôle de la maîtrise de l'infection dans la sécurité des formations sanitaires

Les formations sanitaires doivent être sûres, que ce soit pour les patients ou les agents de santé. Il convient de limiter les occasions de propagation des micro-organismes des patients ou des agents de santé vers autrui. Une infection qui se produit dans une formation sanitaire est nommée infection nosocomiale. Il est possible de prévenir les infections nosocomiales grâce à la maîtrise de l'infection. Dans le cadre de la TB et du VIH, il est nécessaire de prendre en compte la maîtrise des infections à transmission sanguine et aérienne.

3.1.1. En quoi consiste la maîtrise des infections à transmission sanguine ?

Il est nécessaire de prendre des précautions universelles afin de prévenir la transmission par le sang du VIH et d'autres micro-organismes dans les formations sanitaires. Pour prévenir les infections croisées d'un patient à un autre, toutes les injections doivent être réalisées à l'aide de seringues jetables ; les aiguilles ne doivent être utilisées qu'une seule fois. La blessure

Tableau 3.1 Principales précautions universelles pour protéger les agents de santé des infections nosocomiales transmissibles par le sang

<i>Précaution universelle</i>	<i>Mesure de protection personnelle/supplémentaire</i>
Ne pas recapuchoner les aiguilles	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des services de formation initiale/de premier cycle et de formation continue aux agents de santé • En cas de blessure par piqûre d'aiguille, fournir une PPE (consulter l'Annexe 1)
Fournir des collecteurs d'aiguilles	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de maîtrise de l'infection de la formation sanitaire ; ce plan doit déterminer les pratiques relatives à la collecte des aiguilles et la localisation des collecteurs • Nommer une personne responsable de la maîtrise de l'infection afin de veiller à un approvisionnement suffisant en collecteurs
Jeter les déchets cliniques en toute sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de maîtrise de l'infection de l'établissement de santé ; ce plan doit déterminer les procédures relatives à l'élimination des aiguilles, du matériel contaminé et des déchets cliniques • Nommer une personne de référence en matière de maîtrise de l'infection ou un comité de maîtrise de l'infection afin de veiller au respect des procédures prévues
Couvrir les coupures et écorchures sur les mains	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les agents de santé
Laver ses mains après un contact direct avec un patient	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir une supervision et des services de formation initiale et de formation continue aux agents de santé
Porter des gants en cas de contact avec des liquides organiques	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir une quantité suffisante de gants • Fournir une formation initiale et une formation continue ainsi qu'une supervision • Proposer une vaccination contre l'hépatite B à toutes les personnes travaillant dans les formations sanitaires
Nettoyer les éclaboussures de sang et de liquides organiques	<ul style="list-style-type: none"> • Nommer une personne responsable en matière de maîtrise de l'infection afin de veiller à un approvisionnement en désinfectants et produits de base
Porter un masque, une protection oculaire et une blouse afin de se protéger des projections de sang et de liquides organiques au cours des procédures invasives	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir une quantité suffisante d'équipement de protection individuelle (EPI) • Offrir des formations au personnel et assurer leur supervision

par piqûre d'aiguille constitue la cause la plus fréquente d'infection nosocomiale parmi les agents de santé et leurs auxiliaires. Une blessure par piqûre d'aiguille peut se produire lorsqu'une personne replace le capuchon sur une aiguille après usage ou lorsque les aiguilles ne sont pas éliminées en toute sécurité. En cas de blessure, il convient de proposer à la personne une prophylaxie post-exposition (PPE), telle que détaillée dans l'Annexe 1. Le tableau 3.1 résume les précautions importantes à prendre afin de protéger les agents de santé.

3.1.2. En quoi consiste la maîtrise des infections à transmission aérienne ?

La maîtrise des infections à transmission aérienne associe des mesures destinées à limiter le risque de transmission de micro-organismes dans l'air au sein des populations.¹² La propagation des bacilles tuberculeux peut s'accroître en cas d'insuffisance des mesures de maîtrise des infections, en particulier dans les formations sanitaires encombrées, mal ventilées situées dans les environnements à forte prévalence de TB. La possibilité de transmission de TB multirésistante (MR) ou ultrarésistante (UR) souligne le besoin urgent d'une maîtrise rigoureuse des infections.

3.1.3. En quoi consiste la hiérarchie des mesures de maîtrise de l'infection tuberculeuse ?

La hiérarchie des mesures de maîtrise de l'infection tuberculeuse renvoie à l'ordre dans lequel les activités recommandées doivent être menées.

- **Les mesures administratives** constituent la **première priorité**. Elles ont pour but de réduire l'exposition des patients et des agents de santé aux bacilles tuberculeux. Ce sont des pratiques de gestion et de travail.
- **Les mesures environnementales** constituent la **deuxième priorité**. Elles ont pour but de diminuer la concentration de bacilles tuberculeux dans l'air que partagent les patients et les agents de santé. Parmi les options figurent la ventilation, l'utilisation de ventilateurs, de filtres et l'irradiation germicide aux ultraviolets (IGUV).
- **La protection respiratoire individuelle** renvoie à l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) destinés à protéger les agents de santé dans les zones à haut risque de transmission de la TB. Il s'agit de la mesure la **moins** prioritaire dans la hiérarchie des mesures de maîtrise de l'infection tuberculeuse.

3.1.4. En quoi consistent les mesures administratives ?

Des personnes avec une TB infectieuse non diagnostiquée et/ou non traitée peuvent entraîner la propagation des bacilles tuberculeux aux autres dans la communauté. Les éléments suivants font partie des mesures administratives :

- des pratiques destinées à identifier les patients présentant une toux, à les séparer des autres personnes, à accélérer les examens et instaurer rapidement le traitement des cas confirmés de TB ;
- un plan de maîtrise de l'infection dans chaque formation sanitaire ;
- un comité de maîtrise de l'infection ;
- une formation sur la maîtrise de l'infection destinée au personnel de santé et une supervision constante ;
- un monitoring de la mise en œuvre des mesures de maîtrise de l'infection ;
- un dépistage et une protection des agents de santé, en particulier des personnes séropositives pour le VIH, de l'exposition aux bacilles tuberculeux ;
- une éducation des patients et un accroissement de la sensibilisation de la communauté.

Les personnes atteintes de TB non diagnostiquée ou non traitée constituent un risque élevé : elles propagent les bacilles tuberculeux jusqu'à ce que la TB soit diagnostiquée et que le traitement antituberculeux soit instauré.

Quelles sont les étapes impliquées dans l'identification des patients présentant une toux et leur séparation des autres ?

L'identification des patients pouvant être atteints de TB débute dès leur entrée dans la formation sanitaire. C'est ce que l'on appelle également le « triage ». Les employés qui inscrivent les patients doivent être formés pour poser deux questions simples :

- « Toussez-vous ? »
- Et si la réponse est positive, ensuite : « Depuis combien de temps tousez-vous ? »

Il convient d'évaluer pour la TB tout patient ayant toussé pendant au moins deux à trois semaines (parfois en plus d'autres plaintes). Ils doivent être immédiatement orientés vers un soignant qui peut recueillir leurs antécédents médicaux complets, réaliser un examen physique, collecter des échantillons de crachats pour examen microscopique et suivre les résultats. Ces patients doivent attendre que l'on s'occupe d'eux dans une zone bien ventilée et séparée des autres patients. Il convient également de conseiller à tous les patients présentant une toux de couvrir leur bouche et leur nez avec un mouchoir ou un mouchoir en papier lorsqu'ils toussent ou éternuent. C'est ce que l'on appelle l'**hygiène de la toux** ou l'**étiquette de la toux**. Si les conditions météorologiques le permettent, les échantillons de crachats doivent être collectés à l'extérieur dans un endroit prévu à cet effet, ou dans un autre lieu très bien ventilé.

Il convient également de déterminer le statut sérologique vis-à-vis du VIH de tous les patients présumés tuberculeux. Chez les personnes séropositives, en particulier chez celles qui se trouvent à un stade avancé de l'infection par le VIH, les symptômes typiques de la TB—tels que la toux chronique—peuvent être absents. Chez ces patients, toute toux (actuelle) doit être notée et des dispositions doivent être prises pour la collecte de crachats et d'autres examens, comme le recommandent les directives nationales.

Il est important que le soignant s'assure que les résultats de l'examen microscopique des frottis de crachats et d'autres tests de diagnostic soient bien reçus et que les patients sachent s'ils ont ou non la TB. En cas de diagnostic de TB, il convient d'instaurer sans délai un traitement anti-tuberculeux approprié. Celui-ci permettra de réduire rapidement l'infectiosité du patient. Il convient de prendre des dispositions avec le patient quant à l'observation directe du traitement antituberculeux au cours de la phase intensive.

Que doit comporter un plan de maîtrise de l'infection tuberculeuse dans une formation sanitaire ?

Chaque formation sanitaire doit disposer d'un plan de maîtrise de l'infection tuberculeuse qui sert de cadre de travail à la personne responsable de ce domaine. Dans les hôpitaux, il peut être nécessaire de disposer d'un comité de maîtrise de l'infection. Une évaluation des risques liés à la

maîtrise de l'infection dans l'établissement doit être réalisée avant la rédaction d'un plan servant de cadre aux actions à mener.

Le plan de maîtrise de l'infection doit préciser :

- comment identifier, évaluer et séparer les patients présumés tuberculeux des autres patients ;
- comment instaurer un traitement antituberculeux chez les personnes avec une TB confirmée ;
- comment mettre en œuvre et contrôler les mesures environnementales ;
- comment former le personnel aux symptômes, aux signes et à la prise en charge de la TB, et à la maîtrise de l'infection tuberculeuse ;
- comment protéger les employés des bacilles tuberculeux et comment dépister chez eux la TB et le VIH ;
- comment faire le suivi des mesures de maîtrise de l'infection tuberculeuse ;
- comment fournir et éliminer les mouchoirs en papier, masques ou masques respiratoires, le cas échéant.

Comment faire le suivi des interventions de maîtrise de l'infection tuberculeuse ?

Le plan de maîtrise de l'infection tuberculeuse constitue la base des interventions de suivi. Sa bonne mise en œuvre est vérifiée quotidiennement par la personne et/ou les membres du comité responsable en matière de maîtrise de l'infection. Un membre du personnel doit être affecté à chaque activité planifiée afin de contrôler sa mise en œuvre ; un simple « tableau de service de maîtrise de l'infection » peut être utilisé. Un exemple est présenté ci-après (Encadré 3.1).

Comment gérer la surveillance de la tuberculose parmi les agents de santé ?

La surveillance de la TB parmi le personnel de santé constitue un moyen, recommandé sur le plan international, de contrôler l'efficacité de la maîtrise de l'infection tuberculeuse.¹³ Toutefois, il est possible que les agents de santé craignent d'être stigmatisés et ne soient pas disposés à se faire dépister ou soigner sur leur lieu de travail. Les éléments suivants doivent faire partie des bonnes pratiques sur le plan clinique et en matière de santé publique :

Encadré 3.1 Exemple de plan de maîtrise de l'infection tuberculeuse et de tableau de service dans une clinique en Ouganda

<i>Activité de maîtrise de l'infection</i>	<i>Personne responsable</i>	<i>Fréquence de l'activité</i>
Éducation à la santé pour les patients de la clinique	A. Mubako	1 fois par jour
Ouverture des fenêtres de la clinique	A. Latif	1 fois par jour
Séparation des patients qui toussent des autres patients	L. Ogang	1 fois par jour
Intensification du dépistage	D. Kibuka	1 fois par jour
Mise à disposition de matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC)	A. Mubako	1 fois par mois
Utilisation de procédures opérationnelles normalisées au sein du laboratoire	F. Salem	1 fois par jour

- Dans les environnements où le nombre de cas de TB est important, les agents de santé doivent être sensibilisés aux symptômes de la TB et encouragés à demander de l'aide s'ils les présentent.
- Un dépistage des symptômes de la TB doit être réalisé chez tous les agents de santé lors de leur recrutement et au moins une fois par an par la suite ; les registres appropriés doivent être tenus.
- Des examens doivent être effectués chez tous les agents de santé qui présentent des symptômes de TB, à l'aide des tests recommandés dans les directives nationales.
- Conformément aux directives nationales, un traitement antituberculeux doit être instauré chez tous les agents de santé chez lesquels la TB a été diagnostiquée ; un soutien en faveur de l'observance du traitement doit leur être apporté.
- Les agents de santé doivent connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH ; en effet, s'ils sont séropositifs pour le VIH, il importe d'envisager les éventualités suivantes :
 - les transférer vers des postes de travail où l'exposition aux bacilles de la TB est peu probable ;
 - soutenir leur accès au TARV et au TPC ;
 - les aider à accéder au traitement préventif par l'isoniazide.

3.1.5. En quoi consistent les mesures environnementales ?

Parmi les mesures environnementales de lutte contre la TB figurent :

- une bonne ventilation, naturelle et mécanique ;
- la filtration de l'air ambiant ;
- l'irradiation bactéricide aux ultraviolets.

Il est important de reconnaître que si les mesures administratives sont insuffisantes, les mesures environnementales ne supprimeront pas le risque de transmission des bacilles tuberculeux.

Comment une bonne ventilation réduit-elle le risque de transmission des bacilles tuberculeux ?

La ventilation, qu'elle soit naturelle ou mécanique, permet à de l'air frais de pénétrer dans une pièce. Ensuite, l'air frais dilue la concentration des particules en suspension dans l'air, qui peuvent transporter des bacilles tuberculeux. La dilution réduit le risque qu'une personne présente dans la pièce respire de l'air contenant les particules infectieuses.

Dans les contextes à faibles ressources, en particulier sous des climats chauds, la ventilation **naturelle** constitue l'option la meilleure et la moins chère à cette fin.

Comment assurer une ventilation naturelle ?

Il est possible de garantir une ventilation naturelle en laissant ouvertes portes et fenêtres. Les portes des salles de consultation étant en général fermées afin de préserver la confidentialité, les fenêtres doivent être ouvertes. Afin de veiller à une ventilation naturelle suffisante, la surface totale des fenêtres ouvertes doit représenter l'équivalent de 20% de la surface du sol. Si la ventilation naturelle n'est pas suffisante, il est possible d'employer des ventilateurs hélicoïdes afin de brasser l'air.

Les formations sanitaires sont conçues de diverses façons et les fenêtres sont parfois petites. Si les ressources le permettent, ces établissements doivent être rénovés afin d'agrandir les fenêtres et/ou d'en ajouter de nouvelles. Les zones d'attente des patients, en particulier des patients présentant une toux, doivent être ventilées le plus possible. Les vérandas et les structures comportant uniquement trois murs ou même des murs partiels et un toit pour protéger les patients du soleil constituent la solution idéale. L'expertise d'architectes spécialisés est nécessaire afin de concevoir des hôpitaux avec une ventilation naturelle suffisante. La façon dont

sont disposés les meubles utilisés par les agents de santé et les patients par rapport aux sources de ventilation naturelle a également son importance. Pour de plus amples informations, le lecteur est invité à consulter la section Suggestions de lectures.

Quel est le rôle de la filtration parmi les mesures environnementales ?

L'utilisation de filtres à particules de haute efficacité (HEPA) peut être envisagée pour de petites salles accueillant un nombre restreint de patients. Ils peuvent constituer une alternative et un complément à la ventilation mécanique ou à l'irradiation germicide aux ultraviolets. Ils requièrent toutefois un entretien et un contrôle réguliers.

Quel est le rôle de l'irradiation germicide aux ultraviolets parmi les mesures environnementales ?

L'irradiation germicide aux ultraviolets (IGUV) utilise un type de rayonnement qui tue les bacilles tuberculeux présents dans l'air. Elle peut être utilisée en complément de la ventilation. Même si l'IGUV des couches d'air supérieures contribue à diluer la concentration globale de bacilles tuberculeux dans la pièce, elle s'avère d'un **intérêt limité** pour le soignant qui se situe à proximité immédiate du patient, en particulier dans les salles avec de hauts plafonds. En outre, le matériel d'IGUV requiert un nettoyage et un entretien réguliers afin de fonctionner correctement.

Dans la plupart des environnements aux ressources limitées dans lesquels L'Union travaille, l'IGUV ne constitue pas une option viable en raison de son coût. Dans la mesure où le **soleil** est une bonne source de lumière ultraviolette, la suppression des rideaux peut être utile afin de laisser entrer le soleil ; il convient toutefois d'évaluer ce bénéfice en regard du besoin de respect de la vie privée du patient.

3.1.6. Quel est le rôle de l'équipement de protection individuelle dans la hiérarchie des mesures de maîtrise de l'infection tuberculeuse ?

Le recours à l'équipement de protection individuelle (EPI) constitue la mesure la moins prioritaire dans la hiérarchie des mesures de maîtrise de l'infection tuberculeuse. Aussi efficace soit-il, l'EPI ne peut pas remédier aux carences des mesures administratives et environnementales de maîtrise de l'infection. En outre, cet équipement n'est pas en mesure

de protéger le personnel ayant contracté une infection tuberculeuse latente dans les environnements où le nombre de cas de TB dans la communauté est important, c'est-à-dire en dehors de leur lieu de travail.

Quand utiliser l'équipement de protection individuelle ?

L'EPI est recommandé dans les situations dans lesquelles les mesures de lutte administratives et environnementales ne sont pas suffisantes pour protéger le personnel d'une exposition aux bacilles tuberculeux. Parmi les exemples de ces situations figurent les services destinés aux patients avec une TB pharmacorésistante suspectée ou confirmée, les services de soins intensifs, les salles d'autopsie, de spirométrie et de bronchoscopie. Le personnel travaillant dans les zones où le risque de transmission des bacilles tuberculeux est faible (ou plus faible) n'a pas besoin d'utiliser d'EPI. Parmi ces zones figurent les bureaux administratifs de la clinique/de l'hôpital, les salles de formation continue, les pharmacies ou les CDT dans lesquels les patients bénéficient déjà d'un traitement antituberculeux efficace.

L'EPI approprié pour prévenir une exposition aux bacilles tuberculeux est l'**appareil de protection respiratoire** qui peut filtrer les bacilles tuberculeux dont la taille s'élève à cinq microns. Il existe différents types et différentes tailles d'appareils respiratoires. Il est important d'acheter des appareils de protection respiratoires de grande qualité et de réaliser un essai d'ajustement sur les agents de santé qui les utiliseront avant de les distribuer.

En pratique, les appareils de protection respiratoire ne sont pas aussi efficaces que prévu parce qu'ils sont onéreux, qu'ils s'avèrent difficiles à trouver en quantités suffisantes, qu'il est difficile de les ajuster précisément et qu'ils sont plutôt inconfortables.

Les masques chirurgicaux peuvent-ils remplacer les appareils de protection respiratoire ?

Les masques chirurgicaux ne peuvent pas remplacer les appareils de protection respiratoire. Une personne **contagieuse** doit porter un masque afin d'éviter la production d'aérosols, c'est-à-dire pour garantir une hygiène de la toux. Les soignants ne doivent pas porter de masques chirurgicaux pour les protéger d'une exposition aux bacilles tuberculeux parce que ces masques ne les protègent pas de l'inhalation de particules infectieuses en suspension dans l'air.

3.2. Quelles sont les questions fondamentales qui se posent en matière de maîtrise de l'infection tuberculeuse en laboratoire ?

3.2.1. Les appareils de protection respiratoire sont-ils nécessaires lors de la réalisation des examens microscopiques de frottis ?

L'examen microscopique de frottis provoque très rarement l'aérosolisation des sécrétions respiratoires ; il est donc considéré comme une procédure à faible risque. Il s'ensuit donc que les appareils de protection respiratoire ne sont pas nécessaires lors de la réalisation d'examens microscopiques de frottis ; il convient toutefois de mettre l'accent sur la nécessité d'une ventilation correcte, naturelle si possible, dans les laboratoires de microscopie.

3.2.2. Qu'est-ce qu'un poste de travail ventilé et quand doit-il être utilisé en laboratoire ?

Un poste de travail ventilé est une enceinte comportant un ventilateur permettant l'extraction de l'air vers l'extérieur, loin des personnes et en l'absence de filtration. Il est recommandé lors de la préparation de frottis dans un lieu où la ventilation naturelle est **insuffisante**, c'est-à-dire lorsque la ventilation naturelle est absente ou inadaptée ou lorsque le personnel est réticent à l'idée de réaliser un examen microscopique de frottis dans un lieu bien ventilé en l'absence d'enceinte de sécurité biologique.

3.2.3. Quel est le type de protection nécessaire lors de l'utilisation du test Xpert® MTB/RIF ?

Les machines Xpert® MTB/RIF sont de plus en plus accessibles. Elles présentent un faible risque pour l'utilisateur, car les bacilles tuberculeux présents dans l'échantillon sont tués lors de la première étape et que le système est totalement clos après l'ajout de l'échantillon dans la cartouche. Comme pour l'examen microscopique, en l'absence de ventilation naturelle correcte, un poste de travail ventilé doit être fourni pour la manipulation des échantillons et le chargement de la cartouche. Il convient de traiter les cartouches utilisées comme des déchets médicaux. Comme mentionné ci-dessus, la procédure Xpert tue les bacilles tuberculeux ; aucune stérilisation n'est donc nécessaire avant l'incinération.

3.2.4. Quel est le type de protection nécessaire dans les laboratoires réalisant la culture et le test de sensibilité de *Mycobacterium tuberculosis* ?

Les postes de travail ventilés et les appareils de protection respiratoire constituent une protection insuffisante lors de la réalisation de cultures ou de tests de sensibilité aux médicaments (TSM). Une enceinte de sécurité biologique est au moins nécessaire en cas de manipulation de cultures solides. En cas de manipulation de cultures liquides, en plus de l'enceinte de sécurité biologique et d'un grand nombre d'autres mesures de sécurité, il convient de remplacer fréquemment l'air de la salle, en le faisant circuler dans une seule direction, à partir des zones non contaminées par les bactéries qui entourent la salle de culture (« pression négative »). Où que soient réalisées les cultures, il est nécessaire de respecter des précautions afin de prévenir l'infection, comme le souligne le manuel de l'OMS *Manuel de sécurité biologique pour les laboratoires de la tuberculose*.¹⁴

3.3. Rôle de l'intensification du dépistage de la tuberculose dans la réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

3.3.1. Qu'est-ce que l'intensification du dépistage de la tuberculose ?

L'intensification du dépistage de la TB est une activité de dépistage qui se concentre sur la recherche de cas de TB dans des groupes spécifiques de personnes plus susceptibles d'être atteintes de TB que la population générale. Parmi ces groupes figurent les personnes séropositives pour le VIH et les enfants de moins de cinq ans qui ont été en contact avec des patients souffrant de TB contagieuse. Elle exige i) que les agents de santé qui s'occupent des PVV et des jeunes enfants (qu'ils soient ou non infectés par le VIH) fassent à tout moment preuve de vigilance vis-à-vis des symptômes de TB, ii) que les services de diagnostic et de traitement de la TB soient facilement accessibles et iii) que ces services aient de bons résultats de traitement antituberculeux, c'est-à-dire qu'ils permettent la guérison de la TB.

3.3.2. Pourquoi l'intensification du dépistage de la tuberculose est-elle importante pour les personnes vivant avec le VIH ?

Dans la mesure où la TB constitue l'IO la plus fréquente et la cause principale de décès chez les PVV, il convient de proposer un dépistage de la TB à ces patients lors de tout contact avec les services de santé.

3.3.3. Pourquoi la recherche de contacts de patients tuberculeux parmi les enfants est-elle importante ?

Les enfants, en particulier les jeunes enfants, présentent un risque plus élevé d'être infectés par un cas index de TB dans leur entourage. Il faut interroger tout patient dont la TB a été diagnostiquée depuis peu sur la présence d'enfants au foyer, et il convient de réaliser des examens chez ces enfants pour rechercher la TB. Cette activité est connue sous le nom de recherche de contacts de patients tuberculeux ; c'est une forme d'intensification du dépistage de la TB. Si le cas index de TB est un parent infecté par le VIH, un test de dépistage du VIH doit être réalisé chez tous les enfants. Les enfants de moins de cinq ans et les enfants de tous âges infectés par le VIH mais ne présentant ni symptômes ni signe clinique de TB doivent recevoir une prophylaxie par l'isoniazide (TPI). Il convient de réaliser des examens chez les enfants présentant des symptômes afin de rechercher une TB active.

Le dépistage de la TB chez l'enfant, qu'il soit ou non infecté par le VIH, diffère du dépistage chez l'adulte. Chez l'enfant, le tableau clinique est souvent non spécifique et la majorité des enfants, en particulier ceux de moins de cinq ans, ne produisent habituellement pas de crachats. Le diagnostic final s'appuie souvent sur une combinaison de conclusions issues des antécédents du patient et des examens cliniques, microbiologiques et radiologiques. De plus amples informations sont disponibles dans la section Suggestion de lectures.

3.3.4. Comment l'intensification du dépistage de la tuberculose est-elle réalisée ?

La TB peut apparaître à tous les stades de l'infection par le VIH. Son tableau clinique dépend de l'importance de la destruction des mécanismes de défense immunitaire de l'organisme ; ainsi, les symptômes et les signes évocateurs de la TB diffèrent selon que la personne se situe à un stade précoce ou avancé de l'infection par le VIH. Cet élément complique le dépistage de la TB chez les PVV : certains présentent des symptômes « classiques » similaires à ceux des personnes séronégatives pour le VIH présumés tuberculeux, et d'autres peuvent présenter des symptômes atypiques ou n'ont presque pas de symptômes.

De ce fait, les outils de dépistage symptomatique actuellement utilisés dans de nombreux pays peuvent avoir différents niveaux de sensibilité ou de capacité à détecter la TB, en fonction de la fréquence de la TB dans la communauté et de l'expertise des personnes qui utilisent les outils.

La plupart des outils élaborés pour le dépistage de la TB (Encadré 3.2) chez l'adulte et l'adolescent incluent le contrôle des symptômes suivants : une toux ayant duré au moins deux à trois semaines, une toux actuelle (quelle qu'en soit la durée), de la fièvre, une perte de poids et une transpiration nocturne.

Certains pays tiennent des registres de « patients présentant une toux chronique » ou « patients présumés tuberculeux ». Un des objectifs de ce type de registre est de veiller à ce que les résultats des tests de diagnostic aient été reçus et suivis d'effets. Ces registres doivent également comporter une colonne qui indique la conclusion de l'examen : la personne identifiée à travers l'intensification du dépistage est-elle ou non atteinte de TB ? Si la TB a été confirmée, quand le traitement antituberculeux a-t-il débuté ?

Encadré 3.2 Une grille de dépistage symptomatique de la tuberculose utilisée en Ouganda

Ce questionnaire va contribuer à identifier les personnes pouvant être atteintes de TB active et ayant besoin d'examen complémentaires à la recherche d'une TB et d'autres maladies.

<i>Antécédents/symptômes</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Je ne sais pas</i>
1. Toussez-vous (actuellement) ?			
2. Avez-vous de la fièvre ?			
3. Avez-vous perdu du poids ?			
4. Avez-vous eu des sueurs nocturnes ?			

Mesure à prendre :

1. Les patients présentant *un seul* des symptômes ci-dessus peuvent être atteints de TB active et avoir besoin d'examen complémentaires à la recherche d'une TB et d'autres maladies. Ils doivent être prioritaires et bénéficier d'une évaluation rapide par le clinicien.
2. Il convient d'enseigner aux patients chez lesquels on repère une toux à couvrir leur bouche et leur nez lorsqu'ils toussent ou éternuent et à utiliser un mouchoir ou un mouchoir en papier. Ils doivent en outre être séparés des autres patients jusqu'à ce qu'un clinicien les ait évalués.

Le dépistage de la TB peut avoir lieu dans plusieurs parties de la formation sanitaire ; il peut donc être nécessaire de tenir plusieurs registres.

Quels sont les examens réalisés suite à l'utilisation de la grille de dépistage symptomatique de la tuberculose ?

Conformément aux directives nationales, il est nécessaire de réaliser des examens chez un patient qui présente une réponse positive à au moins une des questions de la grille de dépistage symptomatique de la TB. Les examens suivants sont fréquemment recommandés :

1. Recueillir les antécédents médicaux et réaliser un examen physique afin de déterminer les symptômes et les signes du patient. En règle générale, c'est un clinicien qui effectue ces tâches ; il demande également deux échantillons de crachats pour diagnostic par examen microscopique.
2. Si au moins l'un des deux échantillons est positif pour les bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) à l'examen microscopique, le patient présente une TB à frottis positif et un traitement antituberculeux doit être instauré au plus vite. Le type de traitement antituberculeux dépend du statut du patient par rapport au traitement : s'agit-il d'un nouveau cas ou d'un cas de retraitement ? Le traitement antituberculeux est le même, que le patient soit ou non infecté par le VIH. Il convient d'évoquer avec le patient les dispositions relatives à l'observation directe du traitement antituberculeux au cours de la phase intensive (les deux premiers mois). Si le patient prend déjà un TARV comportant de la névirapine, le protocole thérapeutique doit être réexaminé, en vue de substituer la névirapine par l'éfavirenz (EFV).
3. Si les deux frottis de crachats sont négatifs, demander un test de diagnostic rapide ou un test moléculaire, tel que le test Xpert® MTB/RIF ou le test LiPA (pour « line probe assay », soit en français « hybridation inverse en ligne »), si ceux-ci font partie de la politique nationale et sont disponibles. Si le test confirme un diagnostic de TB, il convient d'instaurer le traitement.
4. En l'absence des tests ci-dessus, une radiographie pulmonaire est recommandée et une culture de *Mycobacterium tuberculosis* peut également être envisagée. Si la radiographie pulmonaire montre des champs pulmonaires compatibles avec une maladie infectieuse

pulmonaire, il est possible de prescrire un traitement par antibiotiques à large spectre.

5. Si l'état du patient ne s'améliore pas après le traitement par antibiotiques, il convient de réaliser de nouveau deux examens de frottis de crachats. Si les résultats sont toujours négatifs, mais que le patient continue à présenter des symptômes et des signes évocateurs de TB, il doit être inscrit en tant que patient atteint de TB pulmonaire à frottis négatif et un traitement antituberculeux doit être instauré.

Quels sont les éléments à prendre en compte lorsqu'une personne prenant un traitement antirétroviral développe une tuberculose ?

Même si le TARV réduit de manière significative la survenue de la TB, le risque de TB chez les PVV reste cinq à dix fois plus élevé que chez les personnes séronégatives pour le VIH.¹⁵ En fonction du moment où les patients développent la TB, il convient d'envisager les approches thérapeutiques suivantes, en lien avec la durée du TARV.

La TB se développe dans les trois à six mois suivant le début du TARV :

- Le développement de la TB à ce moment indique la présence d'un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS). Lors de l'instauration du TARV, le patient était peut-être atteint de TB active, même si celle-ci n'était pas diagnostiquée. Dans la mesure où les médicaments ARV améliorent les mécanismes de défense immunitaire d'un patient, la TB auparavant asymptomatique ou infraclinique s'aggrave, et ceci entraîne l'apparition de symptômes et de signes de TB. Il est important de réaliser des examens chez ce type de patients et qu'un traitement antituberculeux soit instauré rapidement en cas de diagnostic de TB active. Si l'état du patient s'aggrave, il est possible d'envisager une hospitalisation et une corticothérapie, en plus du traitement antituberculeux et antirétroviral.
- Le développement d'une TB active telle que décrite ci-dessus peut également être qualifiée d'« IRIS démasquant une TB ». Celui-ci est fréquent dans les environnements où le nombre de cas de TB est important ; il peut malheureusement être fatal.

La TB se développe après six mois de TARV :

- À cette période, l'IRIS lié à la TB est moins fréquent.

- La difficulté à laquelle le clinicien est confronté est de décider si i) le patient a développé une TB par suite de l'échec du TARV, ou ii) le TARV est efficace, mais le patient a développé une TB par suite d'une nouvelle exposition et infection d'origine communautaire ou de la réactivation d'une infection tuberculeuse latente.
- L'échec du TARV peut être confirmé par une charge virale détectable. Il est moins utile de mesurer le taux de CD4 car ce taux est susceptible de baisser en raison de la TB actuelle.
- L'échec du TARV survient en raison de la faible observance du traitement ou de la résistance aux médicaments ARV.
- Il est important de demander aux patients s'ils ont eu du mal à prendre leurs médicaments ARV quotidiens. Les effets indésirables médicamenteux constituent une raison de ne pas prendre le TARV. Ceci peut provoquer un échec du TARV et un affaiblissement de l'immunité, qui aboutit alors au développement d'une TB active. Le soignant doit également contrôler les fiches de traitement du TARV afin de rechercher les dates auxquelles les médicaments ARV ont été oubliés ou pris avec du retard. Ces patients peuvent poursuivre leur protocole de TARV de première ligne, mais ils doivent être suivis rigoureusement, conseillés sur l'observance thérapeutique et soutenus. Ces tâches peuvent être assurées par un agent de santé communautaire, qui est en mesure de garantir que les médicaments quotidiens, y compris les médicaments antituberculeux, sont pris selon les prescriptions.
- Si l'observance du TARV par les patients s'est avérée satisfaisante, il est possible qu'une résistance au TARV se soit produite. Ces patients doivent bénéficier d'une évaluation réalisée par un médecin expérimenté spécialiste du VIH, pour décider du moment d'instauration du protocole de TARV de deuxième ligne eu égard aux interactions médicamenteuses entre la rifampicine et les inhibiteurs de la protéase.
- Un patient dont la charge virale reste indétectable est toujours susceptible de développer une TB suite à une réinfection ou une réactivation. Cette situation permet souvent d'expliquer un épisode de TB chez les PVV sous TARV dans les environnements à forte prévalence de TB. Même si un TARV qui fonctionne correctement restaure en grande partie les mécanismes de défense immunitaire de la personne, les PVV demeurent à risque plus élevé de développer une TB que les personnes séronégatives pour le VIH.

3.3.5. Qui doit mener l'intensification du dépistage de la tuberculose ?

Le clinicien qui s'occupe du patient séropositif pour le VIH doit initier l'intensification du dépistage. Toutefois, en raison du nombre élevé de patients dans certains pays et du nombre restreint de soignants dans la plupart des contextes aux ressources limitées, il est possible de déléguer ce service aux infirmiers ou à des prestataires de soins non professionnels formés à l'utilisation de la grille de dépistage symptomatique.

3.3.6. Quand l'intensification du dépistage de la tuberculose doit-elle être menée ?

Dans l'idéal, l'intensification du dépistage doit être menée à chaque fois que les PVV sont en contact avec les services de santé, même s'ils répondent à l'un des critères suivants :

- ont déjà reçu un TPI
- le reçoivent au moment de l'évaluation
- prennent un TARV.

3.3.7. Quelles sections de la formation sanitaire sont concernées par l'intensification du dépistage de la tuberculose ?

Le dépistage de la TB chez les PVV doit être réalisé dans toutes les sections de la formation sanitaire où elles se rendent. Parmi ces lieux figurent les services ambulatoires, les services spécialisés dans la prise en charge du sida, les services d'hospitalisation, les services de santé maternelle et infantile et les services de test et de conseil volontaire.

3.4. Rôle de la prophylaxie par l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH

L'instauration précoce du TARV et de la prophylaxie par l'isoniazide constituent deux stratégies importantes de prévention de la TB active chez les PVV. Les PVV prenant un TARV voient leur risque individuel de développer une TB réduit de 70 à 90%.¹⁶ Le risque de récurrence de TB diminue quant à lui de 50%.¹⁷ Utilisés en association, les effets du traitement antirétroviral et de la prophylaxie par l'isoniazide s'additionnent, permettant de diminuer l'incidence de la TB de 50 à 80%.^{18,19}

3.4.1. Qu'est-ce que la prophylaxie par l'isoniazide et comment agit-elle ?

La prophylaxie par l'isoniazide est l'un des traitements qui peut être utilisé afin de prévenir le développement d'une TB active chez les personnes présentant une infection latente à *Mycobacterium tuberculosis*. Il s'agit du traitement préventif de la TB le plus fréquemment employé. Il nécessite l'auto-administration d'isoniazide pendant une période minimale de six mois à la dose recommandée chez l'adulte de 5 mg/jour (dose maximale quotidienne chez l'adulte de 300 mg).

3.4.2. Chez quels patients la prophylaxie par l'isoniazide était-elle recommandée avant l'ère du VIH ?

Pendant plusieurs décennies, dans les pays à forte prévalence de la TB, les directives des programmes nationaux de lutte contre la TB ont recommandé la prophylaxie par l'isoniazide chez les enfants non infectés de moins de cinq ans en contact avec des cas de TB à frottis positif, même si ces enfants avaient été auparavant vaccinés par le BCG. Cette recommandation s'appuie sur le fait que les jeunes enfants qui ont été exposés au bacille de la TB ont un risque élevé d'être infectés et de développer une TB active, y compris les formes sévères telles que la méningite tuberculeuse et la TB miliaire.

3.4.3. Comment le VIH a-t-il modifié le rôle de la prophylaxie par l'isoniazide ?

En règle générale, il est possible d'identifier une infection par le bacille tuberculeux chez les personnes saines à l'aide d'un test tuberculinique. Chez la plupart des personnes dont le test est positif, le risque de développer une TB est faible, à moins qu'il ne s'agisse d'un jeune enfant, que l'infection ait été contractée assez récemment ou que la personne soit séropositive pour le VIH. Chez ces personnes, la prophylaxie par l'isoniazide peut réduire considérablement le risque de développer la TB. Selon certaines études, un cycle complet de prophylaxie chez des PVV avec un test tuberculinique positif permet d'éviter jusqu'à 60 à 70% des cas de TB active pendant une période de 6 à 18 mois.²⁰ La prophylaxie par l'isoniazide n'offre aucune protection chez les PVV avec un test négatif.²¹

3.4.4. Quelles sont les recommandations internationales actuelles relatives à la prophylaxie par l'isoniazide ?

En 2010, l'OMS a publié des directives relatives à l'intensification du dépistage de la TB et à la prophylaxie par l'isoniazide chez les PVV dans les contextes aux ressources limitées.²² Ci-dessous figurent les recommandations principales pour les adultes et adolescents vivant avec le VIH :

- Une prophylaxie par l'isoniazide doit être proposée aux personnes soumises au dépistage de la TB à partir d'un algorithme clinique et qui ne présentent aucun des symptômes de toux, de fièvre, de perte de poids ou de transpiration nocturne.
- La radiographie pulmonaire n'est pas un examen nécessaire avant l'instauration de la prophylaxie par l'isoniazide.
- Le test tuberculinique n'est pas obligatoire avant l'instauration de la prophylaxie par l'isoniazide. Lorsque cela est possible, il peut être réalisé, dans la mesure où les personnes avec un test positif bénéficieront davantage de la prophylaxie que celles avec un test négatif.
- Les PVV doivent suivre la prophylaxie par l'isoniazide pendant au moins six mois.
- Dans les environnements où les taux de prévalence et de transmission de la TB sont les plus élevés, il convient d'envisager une prophylaxie d'une durée d'au moins 36 mois (la durée de 36 mois constituant une alternative au traitement à vie).
- L'instauration de la prophylaxie par l'isoniazide chez les PVV n'augmente pas le risque de développer une TB résistante à l'isoniazide. Par conséquent, les préoccupations relatives au développement d'une résistance à l'isoniazide ne doivent pas constituer un obstacle à l'administration de la prophylaxie.

3.4.5. Quels sont les éléments à prendre en compte pour lancer un programme de prophylaxie à l'isoniazide dans un pays ?

Lorsqu'ils évaluent la possibilité de mettre en œuvre et contrôler un programme de prophylaxie par l'isoniazide dans un pays, les ministres de la santé et les programmes nationaux de lutte contre le sida et la TB doivent prendre en compte les problèmes techniques et programmatiques.²³ Ci-dessous figurent certains éléments à considérer :

- Dans le pays, dans quelle mesure l'algorithme clinique proposé, fondé sur les symptômes, prédit-il avec exactitude la TB ? Est-il possible que certaines personnes avec une TB active ne soient pas détectées ? Si oui, quel est leur nombre ? Quel est le rôle de la radiographie pulmonaire dans la découverte de personne avec une TB active qui, sinon, n'auraient pas été détectées ? Les réponses à ces questions sont essentielles afin de réduire le nombre de personnes avec une TB active chez lesquelles une monothérapie par l'isoniazide pourrait entraîner le développement d'une résistance à l'isoniazide.
- Même dans les contextes où le nombre de cas de TB est important, toutes les personnes ne présentent pas d'infection tuberculeuse latente. Dans ce pays, est-il approprié de débiter une prophylaxie (dans toutes les tranches d'âges) en l'absence de test tuberculinique ?
- Un test tuberculinique positif indique une infection à *Mycobacterium tuberculosis* mais ne permet pas de faire la distinction entre l'infection et la maladie active. Un résultat faux positif au test pourrait résulter d'une vaccination antérieure par le BCG ou d'une exposition à des mycobactéries de l'environnement. Un test négatif ne permet pas d'exclure une TB. Les personnes atteintes d'immuno-dépression sévère peuvent ne pas réagir au test même si elles ont une TB. Les tests de libération d'interféron gamma (IGRA, soit en anglais : « interferon gamma release assay ») ne permettent pas de faire la distinction entre une TB et une infection latente et ne sont pas recommandés en raison de l'insuffisance des données.
- Pour décider de la durée optimale de la prophylaxie par l'isoniazide, il est nécessaire de bien connaître l'importance relative de la réinfection par rapport à la réactivation parmi les cas de TB. Si la première est responsable de la majorité des cas, la prophylaxie à vie peut être prise en considération. D'un autre côté, la prophylaxie à vie ou même les cycles de prophylaxie plus courts posent plusieurs problèmes concernant l'observance thérapeutique parmi les PVV qui vont bien et ne présentent aucun symptôme de TB.
- Est-ce au programme de lutte contre la TB ou au programme de lutte contre le VIH de prendre la responsabilité de la mise en œuvre de la prophylaxie par l'isoniazide ? Selon les recommandations actuelles de l'OMS, les programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) doivent mettre en œuvre la prophylaxie comme un élément du système de soins du sida, prodigués dans les sites de soins

dédiés au VIH. Toutefois, les PNLS doivent coordonner étroitement leurs actions avec les programmes nationaux de lutte contre la TB (PNLT) pour l'approvisionnement en isoniazide ; celle-ci est en effet utilisée dans la prévention de la TB chez les contacts étroits de personnes tuberculeuses, en particulier les enfants de moins de cinq ans (activité qui relève de la responsabilité du PNLT).

- Le pays dispose-t-il des ressources humaines et logistiques pour entreprendre l'élaboration et le déploiement à plus grande échelle d'un programme de TPI, en particulier si i) le taux de guérison des cas de TB n'a pas encore atteint les objectifs internationaux et ii) la couverture du TARV n'est pas encore universelle ?
- Existe-t-il un budget pour l'isoniazide ? Qui commandera et garantira la disponibilité de stocks suffisants d'isoniazide en dose unique ? Il est également nécessaire de disposer de stocks de pyridoxine (vitamine B₆) pour les personnes sous prophylaxie par l'isoniazide.
- Le pays possède-t-il un système d'enregistrement et de notification pour un programme de prophylaxie par l'isoniazide ?

Dans de nombreux pays, la recherche opérationnelle reste nécessaire pour répondre à ces questions et à d'autres questions pertinentes, afin que la prophylaxie par l'isoniazide puisse être mise en œuvre de façon structurée.

Suivi des soins de la coinfection TB-VIH

4.1. Pourquoi est-il important de faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?

Le suivi des soins de la coinfection TB-VIH est nécessaire afin d'évaluer la performance du programme et progresser vers l'atteinte des objectifs. Parmi les activités concernées figurent l'examen des supports d'information et registres du PNLT et du PNLS, et l'évaluation périodique des activités conjointes TB-VIH. Ce processus permet de déterminer les forces et les faiblesses de la mise en œuvre des activités conjointes aux niveaux national, provincial/régional et du district. L'évaluation indique également le moment où les objectifs prévus ont été atteints.

4.2. Un nouveau système d'information est-il nécessaire pour faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?

Il n'est pas nécessaire d'élaborer un nouveau système parallèle d'enregistrement et de notification pour les activités conjointes TB-VIH. Il convient de faire le suivi des soins de la coinfection à l'aide des systèmes de formulaires et d'information qui existent déjà pour la TB et pour le VIH. Il suffit de modifier certains formulaires pour que ceux-ci incluent les informations requises. Parmi les exemples de formulaires devant être adaptés figurent la fiche de traitement du patient, le formulaire de demande de test au laboratoire, le registre de la TB et les registres pré-TARV et TARV.

4.3. Comment le suivi des soins de la coinfection TB-VIH doit-il être organisé ?

Les programmes nationaux et l'organe de coordination TB-VIH doivent tout d'abord sélectionner les indicateurs qui seront utilisés afin de faire le suivi des soins de la coinfection. Des orientations internationales sont

disponibles.²⁴ Dans un deuxième temps, à partir des indicateurs sélectionnés, il convient d'établir la liste des données nécessaires pour le système d'enregistrement et de notification. Par exemple, si l'indicateur d'intérêt est le pourcentage de patients tuberculeux inscrits ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH pendant une période donnée, les données nécessaires comportent : le nombre de patients tuberculeux inscrits et, parmi eux, le nombre de patients ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH. Dans un troisième temps, il convient d'ajuster les systèmes d'enregistrement et de notification de la TB et du VIH afin de veiller à ce qu'ils permettent le recueil des informations nécessaires au calcul des indicateurs.

Un système d'enregistrement et de notification comporte plusieurs outils (fiche de traitement du patient, formulaire de demande de test au laboratoire, registre du laboratoire, registre de la TB, registres pré-TARV et TARV, etc.). Il est essentiel de structurer le système de sorte qu'un patient puisse être suivi d'un registre à un autre et d'un système d'information à un autre, à l'aide d'un numéro unique d'identité (et éventuellement le nom, l'âge et le sexe). Par exemple, lorsque les patients tuberculeux acceptent un test de dépistage du VIH, le soignant doit être en mesure de les rechercher dans le registre du test de dépistage du VIH afin de vérifier s'ils ont bien été testés et le résultat du test. Le soignant doit ensuite pouvoir vérifier, en consultant le registre du TARV, si un TARV a été instauré chez un patient s'avérant séropositif pour le VIH.

Lorsque des modifications sont introduites dans le système d'enregistrement et de notification, celles-ci doivent tout d'abord être mises à l'essai afin de permettre des corrections avant un déploiement à l'échelle nationale. Il convient de former les agents de santé à l'utilisation des outils modifiés afin de veiller à ce que les documents et les rapports soient tenus avec précision.

Il est essentiel de maintenir les exigences en matière d'enregistrement et de notification aussi **simples** que possible. La tenue des documents ne doit pas détourner les agents de santé de leur responsabilité principale, qui est de prodiguer des soins aux patients. Si le personnel administratif estime que la « paperasserie » représente une charge et requiert trop de temps, la qualité des documents et des rapports est susceptible de décliner. Si de plus amples informations sont nécessaires, il est possible de mener des enquêtes ou des études de recherche épidémiologique ou opérationnelle.

4.4. Qui doit réaliser l'enregistrement et la notification de la coinfection TB-VIH ?

Dans les formations sanitaire, un membre du personnel doit être chargé de garantir que les outils d'enregistrement et de notification, en particulier les registres de la TB et du TARV, sont correctement remplis, de manière complète et en temps opportun (Encadré 4.1). Cette personne sera également responsable de la préparation des rapports périodiques. Même si la personne responsable est susceptible de développer un sentiment aigu de propriété vis-à-vis de ces tâches, tous les membres du personnel impliqués dans les soins de la TB et/ou le VIH doivent connaître le système d'enregistrement et de notification. Ils doivent être formés à son utilisation et bénéficier de nouvelles formations lorsque des révisions y sont apportées. La supervision fournit également une opportunité importante de veiller à la bonne tenue des registres et à l'exactitude des informations qu'ils contiennent.

Dans d'autres cas, les rapports périodiques peuvent être préparés par une personne externe à l'établissement, tel que le coordonnateur des activités TB ou VIH du district ou un agent chargé du système d'informations. Quelle que soit l'organisation choisie, le personnel du centre doit être impliqué, car c'est lui qui connaît le mieux les registres des patients et des services et qui est donc le plus à même de fournir des éclaircissements.

Encadré 4.1 Désignation d'agents responsables pour la tuberculose et le VIH au Zimbabwe

Dans les sites pilotes soutenus par L'Union à Bulawayo et Harare, les infirmiers sont désignés comme « agents responsables » pour la TB et le VIH pendant une période de trois mois d'affilée. En plus de prodiguer des soins aux patients, ils ont également pour principale mission de remplir les registres et de veiller à tout moment à leur mise à jour. Au terme de chaque période de trois mois, d'autres infirmiers exercent à leur tour les tâches assignées. Une rotation d'agents responsables « remplaçants » existe également, au cas où la personne principale tombe malade ou doit prendre un congé urgent. Sur une période de deux à trois ans, en fonction du nombre total de membres du personnel dans le site pilote, tous les infirmiers auront donc occupé ces fonctions. Ce type d'arrangement favorise une gestion efficace des services de TB-VIH, y compris en ce qui concerne l'enregistrement et la notification.

Tableau 4.1 Données liées au VIH à inclure dans le système d'information de la tuberculose afin de faciliter le suivi de la prise en charge de la coinfection TB-VIH

<i>Fiche de traitement de la TB</i>	<i>Registre de la TB du CDT</i>
<ul style="list-style-type: none"> • État sérologique vis-à-vis du VIH (positif, négatif, indéterminé ou test non réalisé) et date du test • Pour les patients séropositifs pour le VIH : <ul style="list-style-type: none"> — Résultat(s) et date(s) du taux de CD4, le cas échéant — Résultat(s) et date(s) de la mesure de la charge virale, le cas échéant — Date de l'instauration du TPC — Date de l'instauration du TARV et noms et doses des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • État sérologique vis-à-vis du VIH (positif, négatif, indéterminé ou test non réalisé) et date du test • TPC (oui, non, date de l'instauration) • TARV (oui, non, date de l'instauration) • Numéro du patient dans le registre TARV ou site de TARV vers lequel le patient a été orienté (aux fins de vérification de la concordance)

4.5. Quelles données liées au VIH le système d'information de la tuberculose doit-il comporter afin de faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?

Même si le choix des indicateurs détermine quelles données sont enregistrées, certains renseignements de base peuvent être nécessaires (Tableau 4.1). Ces informations doivent être collectées pour chaque patient enregistré ; elles sont utiles pour la notification, mais aussi pour la prise en charge des patients.

L'encadré 4.2 décrit la façon dont le PNLT au Bénin a adapté ses registres de la TB afin d'inclure les données relatives au VIH.

Encadré 4.2 Comment le registre de la tuberculose a été modifié afin d'inclure les indicateurs liés au VIH au Bénin

Au Bénin, le registre de la TB a été modifié afin d'inclure trois colonnes supplémentaires qui permettent l'enregistrement i) du test de dépistage du VIH (oui/non et résultats), ii) du TPC (oui/non) et iii) du TARV (oui/non). Les CDT étaient simplement chargés d'indiquer si un TPC ou un TARV avait été instauré ou poursuivi chez le patient. Toutefois, les infirmiers utilisaient souvent ces colonnes afin de saisir la date d'instauration du CPT ou du TARV et le protocole de TARV. Ainsi, le registre de la TB fournit un résumé synoptique des antécédents du patient liés aux soins anti-VIH.

4.6. Quelles données liées à la tuberculose le système d'information du VIH doit-il comporter afin de faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?

Les données sur la TB énumérées dans le tableau 4.2 sont probablement nécessaires pour le système d'information du VIH, en fonction des indicateurs choisis. Ces informations doivent être collectées pour chaque patient inscrit ; ici encore, elles sont utiles pour l'enregistrement et les rapports, mais également pour le suivi des patients.

Le tableau 4.3 présente les éléments utilisés pour rendre compte des soins intégrés contre la coinfection TB-VIH. Une explication sur la manière dont les divers indicateurs sont calculés est disponible dans les références bibliographiques citées précédemment.

Tableau 4.2 Données liées à la tuberculose à inclure dans le système d'information du VIH afin de faciliter le suivi de la prise en charge de la coinfection TB-VIH

<i>Fiche de traitement du VIH</i>	<i>Registre de pré-TARV/TARV</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Dates du dépistage de la TB chez le patient et résultats • Si la TB a été confirmée : <ul style="list-style-type: none"> — Numéro du patient dans le registre de la TB (aux fins du suivi et de la vérification de la concordance) — Date d'instauration du traitement antituberculeux, catégorie de traitement et type de TB — Résultats du traitement antituberculeux et date • En cas d'infection tuberculeuse latente : <ul style="list-style-type: none"> — Date d'instauration de la prophylaxie par l'isoniazide et numéro du patient dans le registre de prophylaxie — Résultats de la prophylaxie par l'isoniazide et date 	<ul style="list-style-type: none"> • Dates du dépistage de la TB chez le patient (qui dans l'idéal devrait être réalisé lors de chaque visite à la clinique) et résultats • Numéro du patient dans le registre de la TB (si la TB a été confirmée) • Date d'instauration du traitement antituberculeux chez le patient • Résultats du traitement antituberculeux et date • Date d'instauration de la prophylaxie par l'isoniazide chez le patient avec une infection tuberculeuse latente • Résultats de la prophylaxie par l'isoniazide et date

Tableau 4.3 Principaux indicateurs en matière de coinfection TB-VIH

<i>Services liés au VIH pour les patients tuberculeux</i>	<i>Services liés à la TB pour les PVV</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre/pourcentage de patients tuberculeux inscrits, dont l'état sérologique vis-à-vis du VIH est enregistré dans le registre de la TB • Nombre/pourcentage de patients tuberculeux, dont l'état sérologique vis-à-vis du VIH est enregistré dans le registre de la TB et qui sont séropositifs pour le VIH • Nombre/pourcentage de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, qui reçoivent un TPC au cours du traitement antituberculeux • Nombre/pourcentage de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, chez lesquels un TARV est instauré ou poursuivi au cours du traitement antituberculeux 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre/pourcentage de PVV qui ont bénéficié d'un dépistage de la TB pendant leur dernière visite, au cours de la période considérée • Nombre/pourcentage de PVV chez lesquelles un traitement antituberculeux a été instauré • Nombre/pourcentage de PVV chez lesquelles un TPI a été instauré

4.7. Quelle est l'importance de l'analyse des résultats des traitements antituberculeux et antirétroviral dans le suivi de la coinfection TB-VIH ?

Le PNLT prépare des rapports trimestriels et annuels sur le dépistage de cas de TB et les résultats du traitement antituberculeux. Ces rapports sont normalisés à l'aide d'outils recommandés à l'échelle internationale et adaptés pour être utilisés dans de nombreux pays.

Le PNLS a également commencé à élaborer des rapports sur les résultats du TARV, même s'il s'agit d'une tâche complexe dans la mesure où le TARV est un traitement à vie. Ceci signifie que les résultats du traitement chez les patients sous TARV peuvent varier au cours du traitement, alors que chez un patient tuberculeux, le résultat du traitement est unique (pour un épisode de TB). En dépit de ces difficultés, il est essentiel de réaliser une évaluation périodique du TARV afin de mesurer la qualité des soins prodigués aux patients et la performance du programme. En fonction des directives nationales, les résultats du TARV sont habituellement notifiés après 6 à 12 mois de traitement, puis une fois par an.

Les programmes nationaux et organes de coordination TB-VIH peuvent examiner les résultats du TARV chez les patients tuberculeux et les comparer aux résultats pour l'ensemble des PVV ; ils peuvent également comparer les résultats du traitement antituberculeux chez les patients séropositifs pour le VIH et ceux séronégatifs.

4.8. Comment faire l'analyse des résultats du traitement antirétroviral?

Il est tout d'abord nécessaire de convenir des définitions relatives aux résultats du TARV. Le tableau 4.4 résume les définitions recommandées sur le plan international des résultats du traitement antituberculeux²⁵ et du TARV.²⁶

Dans un deuxième temps, il convient de déterminer si l'analyse des résultats du TARV est réalisée tous les trimestres ou à une autre fréquence. Une analyse trimestrielle s'inscrit parfaitement dans le programme trimestriel de supervision utilisé dans de nombreux endroits. L'analyse est souvent réalisée de manière cumulative : les résultats pour tous les patients chez lesquels un TARV a été instauré dans un site, un district, une province/région et un pays sont évalués en fonction des étapes, recommandées sur le plan national, qu'ils ont atteintes.

Tableau 4.4 Définitions normalisées des résultats du traitement antituberculeux et antirétroviral

<i>Résultats du traitement antituberculeux</i>	<i>Résultats du traitement antirétroviral</i>
Guéri Patient avec un frottis positif et dont le frottis était négatif lors du dernier mois de traitement et au moins une fois auparavant	En vie et sous TARV Patient en vie, qui continue de bénéficier de soins du sida et de prendre des médicaments ARV
Traitement terminé Patient ayant achevé son traitement, mais dont les résultats d'examens de frottis ne sont pas suffisants pour classer le patient comme guéri	
Échec Patient avec un frottis positif (confirmé par un deuxième échantillon) à cinq mois de traitement ou plus	Arrêt Patient dont le TARV est arrêté en raison des effets indésirables médicamenteux ou pour d'autres raisons
Décédé Patient qui décède pour quelque raison que ce soit, après le diagnostic et avant la fin du traitement	Décédé Patient qui décède pour quelque raison que ce soit, après l'instauration du TARV
Perdu de vue Patient qui n'est pas venu prendre ses médicaments pendant au moins deux mois consécutifs	Perdu de vue Patient qui n'est pas venu prendre ses médicaments pendant au moins trois mois consécutifs
Transfert Patient transféré vers un autre CDT afin de poursuivre le traitement et dont le résultat de traitement est inconnu	Transfert Patient transféré vers un autre site de TARV pour poursuivre le traitement

Dans un troisième temps, il convient de mettre en place un programme de notification des résultats du TARV depuis les formations sanitaires vers les bureaux nationaux, via les districts et les provinces/régions. L'annexe 2 présente une liste d'étapes à suivre lors de la réalisation de l'analyse de résultats du TARV.

4.9. Comment les informations contenues dans les systèmes d'information de la tuberculose et du VIH peuvent-elles être utilisées au sein d'une formation sanitaire et/ou au niveau du district afin d'améliorer la performance du programme ?

Les données sont collectées dans les formations sanitaires ; elles sont ensuite compilées dans des rapports périodiques au niveau des districts, puis regroupées dans des synthèses provinciales/régionales avant d'être transmises au niveau national. Il est important que a) les rapports soient préparés en respectant l'échéancier fixé au niveau national et b) les données soient vérifiées avant d'être transmises, afin que les erreurs puissent être corrigées. Ces rapports constituent le fondement de l'évaluation nationale de la lutte contre la TB et des soins anti-VIH/sida.

Pour compléter le cycle de l'information en matière de santé, il est nécessaire que les échelons nationaux, provinciaux/régionaux et de district renvoient périodiquement des informations vers les niveaux inférieurs des soins de santé. Ces rapports de rétroinformation doivent synthétiser les informations saillantes ; par exemple, les districts et les provinces/régions sont en mesure de comparer leurs performances à celles des autres secteurs si elles connaissent, pour chaque secteur, la proportion de patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH et chez lesquels un TARV a été instauré.

En outre, il convient d'utiliser les formulaires, registres et rapports périodiques au sein des formations sanitaires, des districts et des provinces/régions, afin d'évaluer en permanence la couverture et la qualité des services dispensés aux patients. Bien remplis, les registres de TB et de TARV permettent d'avoir une vision condensée mais complète des progrès d'un patient. Par exemple :

- Toute information manquante ou non concordante doit permettre au superviseur de corriger l'information et de déterminer si le personnel a respecté les directives nationales et si des soins appropriés ont été prodigués.

- Les registres doivent être utilisés afin d'identifier les patients à risque de non-adhérence (perdus de vue) et veiller à ce que ces patients reprennent le traitement.

Pour promouvoir et garantir l'utilisation des données TB-VIH au niveau local, il est important i) d'examiner les rapports au cours des visites de supervision et ii) de faire figurer régulièrement les rapports mensuels ou trimestriels au programme des réunions qui se tiennent au sein de la formation sanitaire, du district, de la province/région, y compris des réunions des organes de coordination (Encadré 4.3). Si les performances semblent marquer le pas dans un domaine, il convient de rechercher les causes et de définir des solutions. Ces informations servent également à fixer des priorités pour la recherche opérationnelle. Il est tout aussi nécessaire de valoriser les résultats positifs, comme par exemple, une augmentation sur plusieurs trimestres de la proportion de tuberculeux ayant bénéficié d'un test VIH. Les tendances des principaux indicateurs peuvent être affichées au niveau des centres.

4.10. Quels sont les avantages et les inconvénients d'un registre électronique pour le suivi des soins de la coinfection TB-VIH ?

En raison du nombre important de cas de TB et de VIH dans certains pays, le registre électronique peut être considéré comme une alternative possible au système sur support papier. Bien que ce type de registre présente de nombreux avantages, il convient de considérer certaines conséquences négatives potentielles.

Parmi les éléments en faveur du registre électronique figurent la facilité accrue avec laquelle de grandes quantités de données peuvent être synthétisées ou regroupées, ainsi que la possibilité de générer des rapports, tableaux et graphiques standardisés. Des mises en garde s'imposent toutefois. À moins que la saisie des données soit réalisée sur le lieu des soins, il demeure nécessaire d'enregistrer quelque part sur papier les informations à saisir dans le registre électronique avant leur intégration dans le système. Dans la mesure où les informations du registre sont le plus souvent conservées dans un ordinateur commun, plutôt que dans un ordinateur réservé à cet effet, il est possible que l'ordinateur soit indisponible car utilisé à d'autres fins dans la formation sanitaire ; le risque existe aussi qu'il soit volé. Des fonds suffisants sont nécessaires, non seulement pour

Encadré 4.3 L'examen régulier des rapports trimestriels sur la coinfection TB-VIH entraîne une amélioration de la performance au Zimbabwe

Au milieu des années 1990, les services de diagnostic et de traitement de la TB, y compris l'enregistrement et la notification des cas, ont été décentralisés vers les cliniques de soins de santé primaire du Département municipal de santé de la ville de Bulawayo, en réponse à une augmentation de la charge de patients due à l'épidémie de TB alimentée par le VIH. Chaque clinique tient ses propres registres et prépare les rapports trimestriels, conformément aux directives nationales de lutte contre la TB. Les responsables du système d'information sanitaire sont ensuite chargés d'élaborer des rapports au niveau de la ville et de les faire parvenir au PNLT.

Le personnel de la clinique concernée se réunit tous les trimestres afin de valider la notification de cas du trimestre précédent et les rapports sur les résultats de traitement. Les rapports sont ensuite saisis dans une base de données informatisée et des graphiques résumant les performances de chaque clinique sont générés ; intégrée à une tendance au fil du temps, la performance actuelle peut ainsi être comparée aux périodes précédentes.

Dans les années 2000, le Ministère de la santé et du bien-être de l'enfant a révisé les outils afin d'ajouter i) les indicateurs liés au VIH dans les registres de TB et ii) les indicateurs liés à la TB dans les registres de pré-TARV et TARV. Ils font à présent partie de l'ordre du jour des réunions relatives à l'examen des données trimestrielles à Bulawayo.

Cette approche a entraîné les résultats suivants :

- Le personnel des cliniques, ainsi que le personnel en charge du système d'informations ont appris à vérifier et à présenter sous forme de tableaux les données sur la coinfection, et à réaliser des calculs simples.
- Les agents de santé ont appris à interpréter les informations présentées dans les tableaux et les figures.
- Les équipes des cliniques sont en mesure de comparer les performances de leur clinique sur plusieurs années et avec les performances des cliniques environnantes.
- Les équipes des cliniques sont en mesure d'identifier leurs forces et leurs faiblesses.
- Les performances des services de TB, de VIH/sida et de TB-VIH de la ville se sont améliorées. Par exemple, le pourcentage de patients perdus de vue est inférieur à 5% depuis plusieurs années ; le test de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux a atteint presque 100% ; l'acceptation du TPC a atteint 95% chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ; et parmi ces patients, la participation au TARV est de 68%.
- Les équipes des cliniques se sont facilement appropriées les services intégrés TB-VIH.

l'achat mais également pour l'entretien du matériel informatique ; le personnel doit être formé à l'utilisation de la machine elle-même, ainsi que du registre ; une alimentation électrique fiable doit être disponible ; une protection contre les virus informatiques doit être installée et régulièrement mise à jour, et un système sécurisé de sauvegarde régulière doit être mis en place afin de prévenir la perte de données en cas de blocage de l'ordinateur.

Financement et soutien technique des services intégrés TB-VIH

La collaboration en matière de TB et de VIH nécessite un financement adéquat, un soutien technique ainsi que d'autres ressources, afin que les services allant du diagnostic et du conseil au traitement et au soutien apporté au patient puissent être fournis. Compte tenu du fait que la durée du traitement de la TB pharmacosensible va de six à huit mois, et que le TARV est un traitement à vie, le financement de ces services doit être axé sur des mécanismes de financement à long terme. Les interruptions dans le financement peuvent engendrer des difficultés, comme des ruptures de stocks de médicaments, qui peuvent à leur tour conduire au développement de souches pharmacorésistantes ; il est donc nécessaire de prévenir ces interruptions. Il est plus onéreux et plus complexe de prendre en charge de patients atteints de TB pharmacorésistante ou de dispenser un TARV de deuxième ligne aux PVV.

5.1. Quel est le rôle du gouvernement dans le financement de la collaboration en matière de tuberculose et de VIH ?

Il relève de la responsabilité du gouvernement de fournir les financements permettant de veiller à la bonne mise en œuvre des activités conjointes TB-VIH. Comme il en est fait mention ailleurs dans ce guide, lorsqu'un gouvernement s'acquitte des analyses biologiques, des médicaments, des divers consommables essentiels, ainsi que du personnel dispensant les services, il manifeste concrètement sa volonté politique et son engagement vis-à-vis de la santé de sa population. En prenant cet engagement, le pays évite de placer les programmes de lutte contre la TB et le VIH ainsi que la vie des patients à la merci de la fluctuation des financements internationaux ou privés pour la santé. Le gouvernement peut rechercher de l'aide et un soutien supplémentaire auprès d'autres partenaires, mais il ne doit pas en dépendre totalement.

5.2. Un pays a-t-il besoin d'un mécanisme de financement distinct pour les activités conjointes TB-VIH ?

La TB et le VIH sont deux maladies qui touchent un même individu au sein d'un seul système de santé. De ce fait, il n'est pas nécessaire de disposer d'un mécanisme de financement distinct pour les activités conjointes TB-VIH. Le financement de ces services doit faire partie du budget national de santé du pays dans le cadre du financement alloué aux services de lutte contre la TB et le VIH/sida.

5.3. Quelles peuvent être les autres sources de financement et de soutien technique pour les activités de collaboration TB-VIH ?

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme soutient dans de nombreux pays la mise en œuvre des activités conjointes en matière de TB-VIH. Les demandes de subvention soumises par les pays au Fonds mondial doivent intégrer les activités en matière de VIH dans les propositions relatives à la TB et les activités en matière de TB dans les propositions relatives au VIH/sida. Toutefois, le Fonds mondial tire son financement de contributions de la communauté internationale, et sa contribution n'est donc pas garantie à vie. Pour minimiser le risque, il est recommandé que les pays intègrent le financement provenant de cette source dans leurs plans stratégiques nationaux en matière de santé, mais envisagent également d'accroître leur engagement national et développent progressivement leur propre soutien.

Plusieurs agences de développement offrent un financement et un appui technique importants aux activités en matière de TB-VIH. Parmi celles-ci figurent l'USAID (Agence des États-Unis pour le développement international ; en anglais : « United States Agency for International Development »), le PEPFAR (Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida ; en anglais : « President's Emergency Plan for AIDS Relief »), les CDC aux États-Unis (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies ; en anglais : « Centers for Disease Control and Prevention ») et le Fonds mondial. Les agences de financement créées par d'autres pays, dont la France, la Suisse et le Canada, financent également les activités en matière de TB et/ou de VIH.

Des fondations, telles que la Bill & Melinda Gates Foundation et la William J. Clinton Foundation, peuvent également constituer des sources

Encadré 5.1 Exemples d'organisations privées et de communautés qui financent la collaboration TB-VIH en République démocratique du Congo et au Myanmar

En **RDC**, une brasserie finance les services de soins et de traitement de la coinfection TB-VIH pour ses employés et les membres de leurs familles.

Au **Myanmar**, un consortium de sociétés pétrolières, en collaboration avec le gouvernement et grâce au soutien technique de L'Union, finance les soins et le traitement de 2000 patients infectés par le VIH, y compris ceux qui ne font pas partie de leurs employés. En outre, le Réseau des PVV de Mandalay, une organisation communautaire, mène des projets générateurs de revenus qui procurent des fonds pour ses activités destinées à accroître la sensibilisation, à atteindre davantage de patients et à garantir l'observance du traitement.

de financement pour les activités de collaboration TB-VIH. Comme le Fonds mondial et les agences bilatérales, ces donateurs exigent des plans de travail solides et des budgets sains avant d'offrir le financement d'activités.

D'autres sources de financement et d'expertise technique proviennent de la communauté et d'organismes privés, notamment des sociétés, des associations religieuses et des organisations non gouvernementales (ONG). Ces partenaires financiers peuvent jouer le rôle de « prolongateurs » de services pour le PNLT et le PNLS (Encadré 5.1). Il convient d'accueillir très favorablement de tels partenariats, qui peuvent s'avérer bénéfiques pour toutes les parties : les patients et leurs communautés, ainsi que le système de santé. Dans le cas des entreprises, le soutien aux soins de santé peut également représenter une très bonne affaire : les employeurs contribuent à préserver la bonne santé et la productivité de leur main d'œuvre et l'entreprise peut également tirer profit de bonnes relations publiques.

6

Coordination des services intégrés TB-VIH

Les activités conjointes TB-VIH offrent l'occasion de renforcer les services de TB et de VIH ainsi que l'ensemble du système de santé, en termes de prestation de services, d'approvisionnement des stocks et de distribution de médicaments et de fournitures. Elles contribuent à développer la polyvalence du personnel, qui bénéficie d'un recyclage périodique et d'une supervision régulière et elles renforcent l'enregistrement et la notification en matière de TB, de VIH/sida et de TB-VIH. Toutefois, les gouvernements doivent jouer un rôle vigoureux dans la prestation de services en matière de TB-VIH et la coordination des efforts pour les gérer.

6.1. Quel est le rôle du gouvernement dans la collaboration en matière de TB-VIH ?

Le gouvernement assure un leadership et fait preuve de volonté politique afin de veiller à ce que toutes les parties prenantes concernées acceptent et mettent en œuvre les activités conjointes convenues. Dans l'idéal, le gouvernement doit financer ce mandat, afin de renforcer le sentiment d'appropriation. Si cela s'avère impossible, il peut être demandé aux partenaires de financement de soutenir l'activité, à partir d'un solide plan stratégique national.

6.2. Un pays a-t-il besoin d'un plan stratégique distinct pour les activités conjointes TB-VIH ?

La TB et le VIH sont deux maladies qui touchent un même individu au sein d'un même système de santé.

De ce fait, le plan stratégique qui oriente la prestation et la gestion des services intégrés en matière de TB-VIH ne constitue pas un document

autonome, mais représente un chapitre dans le plan stratégique national pour la TB d'un côté, et le VIH/sida de l'autre.

6.3. Qu'est-ce qu'un organe de coordination TB-VIH ?

Compte tenu du fait que la plupart des pays et des ministères de la santé disposent de programmes nationaux distincts pour la lutte contre la TB et le sida, il est nécessaire de créer et soutenir un organe de coordination. Cet organe traite les aspects liés au travail des deux programmes en ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge des patients avec ces deux pathologies. Un organe de coordination efficace veille à ce qu'il ne soit pas nécessaire de créer un troisième programme afin d'aborder la co-infection TB-VIH.

6.4. Pourquoi un organe de coordination TB-VIH est-il nécessaire ?

Un organe de coordination TB-VIH est nécessaire au niveau national ou central pour l'exercice de certaines fonctions clés, telles qu'élaborer des politiques et des directives nationales en matière de TB-VIH et veiller à ce que ces politiques et directives soient intégrées dans les autres documents appropriés. Cet organe peut également planifier des activités conjointes, superviser, contrôler et évaluer leur mise en œuvre, et identifier les ressources nécessaires aux services intégrés en matière de TB-VIH.

Il ne suffit pas de disposer d'un seul organe de coordination au niveau national. La gestion des services en matière de TB-VIH est essentielle à tous les niveaux des soins de santé afin de garantir l'accessibilité et l'efficacité des services pour les patients coinfectés. Ceci signifie qu'il est également nécessaire de créer des organes de coordination fonctionnels pour les soins de santé au niveau provincial/régional et du district.

6.5. Quelles sont les principales missions et responsabilités d'un organe de coordination TB-VIH ?

Les principales missions et responsabilités d'un organe de coordination TB-VIH dépendent du niveau des soins de santé auquel il opère ; un résumé est présenté à l'Annexe 3. Ses responsabilités peuvent aller de l'instauration de politiques et l'élaboration de directives à la prestation

concrète de services aux patients. Il peut également s'agir de veiller à ce que les services en matière de TB-VIH soient accessibles à l'ensemble de la population et à garantir l'absence de discrimination. Dans les pays qui bénéficient de soutiens du Fonds mondial, ces organes se déclinent à partir du Mécanisme national de coordination (CCM). Il est nécessaire que le lien de coordination soit maintenu de façon efficace entre les différents niveaux.

6.6. Pourquoi le rôle d'un organe de coordination TB-VIH est-il important pour réduire la discrimination liée à la coinfection TB-VIH ?

Il est dans l'intérêt des programmes nationaux d'un pays que la couverture des services de santé, y compris des services en matière de TB-VIH, soit aussi vaste que possible. De ce fait, il est essentiel d'identifier les populations les plus vulnérables et de veiller à ce que les individus appartenant à ces groupes puissent accéder aux services et ne subissent pas de discriminations. Parmi ces populations figurent les travailleurs du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les transgenres, les migrants (en situation régulière ou sans-papiers), les minorités ethniques et parfois les PVV elles-mêmes. En l'absence de lutte contre la discrimination et la stigmatisation, les services de santé ne sont pas en mesure d'atteindre les populations vulnérables. Les conséquences de cet échec peuvent être les suivantes :

- Les personnes infectées par le VIH, avec ou sans TB, demeurent non diagnostiquées.
- Ces personnes non diagnostiquées peuvent propager le VIH et la TB dans la communauté.
- La stigmatisation et la discrimination peuvent avoir un effet néfaste sur l'observance du traitement.
- Les campagnes de prévention en matière de TB-VIH peuvent ne pas atteindre les membres des populations vulnérables.
- La mortalité liée au VIH et à la TB demeure élevée en raison de la présentation et du diagnostic tardifs du patient.

6.7. Qui doit être membre d'un organe de coordination TB-VIH ?

Un organe de coordination TB-VIH doit être composé de toutes les parties prenantes concernées, telles que :

- les représentants officiels du conseil national du sida, le cas échéant ;
- les représentants officiels des programmes de lutte contre la TB et le VIH ;
- d'autres ministères qui soutiennent ou fournissent des services de santé ;
- des représentants de la société civile ;
- des organismes non gouvernementaux et organisations communautaires, y compris des associations de patients ;
- des représentants du secteur privé de la santé ;
- des partenaires de financement.

Il est nécessaire d'assurer un juste équilibre entre l'inclusivité et la taille de l'organe de coordination, car il peut être difficile pour un grand groupe d'atteindre un consensus dans les délais souhaitables. Dans certains environnements, les organes de coordination font appel à des experts et autres informateurs clés qui ne sont pas des membres réguliers, lorsque cela s'avère nécessaire.

6.8. Comment les organisations communautaires peuvent-elles être représentées au sein d'un organe de coordination TB-VIH ?

Les représentants des diverses organisations communautaires doivent faire partie de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des services en matière de TB-VIH, à tous les niveaux des soins de santé. Dans plusieurs contextes, le PNLS a démontré les avantages de cette participation.

Parmi ces avantages figurent les éléments suivants :

- Les professionnels de la santé passent d'un état d'esprit dans lequel ils considèrent les patients comme des « destinataires » ou « consommateurs de services » à un autre dans lequel ils les envisagent comme des « patients experts en charge de leur propre santé ».
- Un partenariat constructif se développe entre les patients, leurs familles et les communautés et services de santé ; ceci peut contribuer à garantir une prestation de services en matière de TB-VIH qui concilie les points de vue de toutes les parties.
- Cela favorise une communication de qualité et permet de relier les efforts des services de santé et des communautés en matière

d'intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination qui peuvent être associées à la TB et au VIH, ainsi qu'à certains groupes à haut risque.

Les organisations communautaires peuvent être des groupes de soutien aux patients infectés par le VIH, des militants pour l'accès au traitement et leurs groupes d'encadrement, des groupes communautaires en faveur des soins à domicile et des organisations civiques actives dans le domaine de la santé et en particulier en matière de TB-VIH.

6.9. Quels conseils pratiques peut-on donner pour garantir l'efficacité du fonctionnement d'un organe de coordination TB-VIH ?

Se limiter à créer un organe de coordination n'est pas suffisant. Il doit travailler de manière efficace afin de parvenir à s'acquitter de ses responsabilités et à remplir ses missions. Parmi les enseignements tirés des sites soutenus par L'Union figurent les éléments suivants :

- Dans l'un des pays partenaires, les réunions de l'organe de coordination TB-VIH étaient à l'origine organisées par le PNLT. Elles n'attiraient toutefois que peu de participants, en particulier concernant le personnel du PNLS. La charge d'organiser les réunions a ensuite été confiée au directeur de la lutte contre les maladies du Ministère de la santé, dont relèvent les directeurs du PNLS et du PNLT. L'organe de coordination a commencé à fonctionner après cette modification, et les réunions ont enregistré un bon taux de participation.
- À tous les niveaux des soins de santé, les organes de coordination TB-VIH nécessitent une personne de référence dont la principale responsabilité est de veiller au fonctionnement efficace des organes.
 - Le poste d'agent de référence est rarement à temps complet, et les tâches peuvent être assurées selon un système de roulement entre, par exemple, un agent de coordination TB-VIH du PNLT et un agent de coordination TB-VIH du PNLS.
 - Les principales tâches assignées à cette personne sont les suivantes :
 - organiser les réunions ;
 - préparer l'ordre du jour des réunions, en concertation avec les personnes concernées ;

- préparer les documents, tels que les rapports TB-VIH, qui doivent être abordés lors des réunions ;
 - prendre des dispositions pour le paiement des indemnités, le cas échéant ;
 - rédiger et diffuser le procès-verbal des réunions ;
 - veiller à ce que les personnes responsables respectent les mesures adoptées dans le délai convenu.
- À tous les niveaux, les organes de coordination TB-VIH bénéficient de la présence d'un président, capable de diriger les réunions avec professionnalisme.
 - Les réunions bien menées présentent ces caractéristiques :
 - Elles débutent et s'achèvent aux heures prévues.
 - Tous les participants ont le droit d'exprimer leurs points de vue et d'être écoutés.
 - Le président est en mesure de synthétiser les différentes opinions et de guider l'organe de coordination vers une décision qui bénéficie du soutien de la majorité des membres.
 - La réunion fait l'objet d'un procès-verbal.
 - Les participants quittent la réunion en prenant l'engagement d'exécuter les tâches qu'ils ont accepté de prendre en charge (celles-ci sont énumérées dans le procès-verbal) et de participer à la réunion suivante.
 - Les membres doivent s'entendre sur la fréquence des réunions ; il convient de trouver un équilibre entre la tenue trop rare de réunions, qui peut conduire à des retards dans l'action, et la tenue trop fréquente de réunions, qui peut entraîner une faible participation et une lassitude parmi les membres. Dans certains environnements, des organes de coordination récemment mis en place ont décidé de se réunir une fois par mois pendant une période initiale de six mois, puis une fois par trimestre. Il est également possible de prévoir un dispositif de convocation de réunions urgentes.
 - Pour garantir la présence de nombreux participants lors de chaque réunions, il est conseillé i) d'élaborer un programme annuel des dates de réunions dès le début de l'année et de le respecter autant que possible ; et ii) d'inviter des intervenants extérieurs à exposer une question d'actualité sur la coinfection TB-VIH, des résultats de recherches récentes ou d'autres sujets, afin que les membres continuent de manifester un intérêt élevé pour les réunions.

6.10. Quels messages clés sur la coinfection TB-VIH les organes de coordination TB-VIH doivent-ils diffuser ?

À tous les niveaux du système de santé, les organes de coordination TB-VIH peuvent jouer un rôle important dans l'élaboration de messages clés en matière de TB-VIH et la diffusion de ces messages auprès des communautés. Parmi ces messages pourraient figurer les éléments suivants :

- Bien que les informations destinées aux patients sur la TB et le VIH doivent expliquer l'association entre les deux maladies, il est également nécessaire de préciser que le fait d'être atteint d'une infection n'implique pas automatiquement la contraction de l'autre. Par exemple, dans la plupart des pays asiatiques et de l'Afrique subsaharienne, la majorité des patients tuberculeux sont séronégatifs pour le VIH. En Ouganda, la moitié des patients tuberculeux ne sont pas infectés par le VIH et la proportion des patients coinfectés est encore plus faible en Afrique de l'Ouest.
- Il convient de souligner que la TB peut être guérie, même chez les patients séropositifs pour le VIH.
- Il est important d'encourager les communautés à participer à la recherche de contacts de patients tuberculeux et aux efforts de prévention, en particulier chez les enfants.
- Dans l'idéal, lorsqu'une communauté fortement atteinte par la TB et le VIH est suffisamment informée des services nouvellement disponibles, la demande de soins devrait augmenter pour peu que l'offre de soins soit adéquate et accessible, permettant ainsi de diminuer le retard en matière de diagnostic. La communication joue également un rôle important dans l'amélioration de l'adhérence au traitement, elle-même critique dans la prévention de la résistance aux médicaments. Toutefois, quelle que soit la pathologie concernée, les campagnes de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale (SCMS) ne doivent pas débiter si le système de santé n'est pas prêt à satisfaire la demande de services. Il est important d'éviter de créer une situation dans laquelle les services de santé déçoivent les attentes des communautés car cela peut compromettre le développement des services.

Les programmes de SCMS peuvent permettre aux personnes affectées par la TB ou le VIH de se faire entendre et de réagir de manière constructive face à la maladie. Par exemple, en RDC, les anciens patients

tuberculeux soutiennent l'observance du traitement des patients tuberculeux actuels. En Ouganda, des membres de la communauté accompagnent à domicile les PVV physiquement et/ou socialement isolées.

6.11. Quels sont les obstacles à surmonter pour coordonner et mettre en œuvre de manière efficace les activités conjointes TB-VIH ?

En raison de la structure verticale des programmes nationaux de lutte contre le sida et la TB dans de nombreux pays, il peut être difficile de mettre en place des mécanismes de coordination efficaces entre les deux programmes. Plusieurs types d'obstacles peuvent apparaître. Pour les surmonter, une bonne communication est essentielle. L'annexe 4 présente les expériences acquises dans les sites soutenus par L'Union.

Rôle des activités conjointes TB-VIH dans le renforcement du système général de santé

En renforçant divers aspects du système général de santé, les activités de collaboration TB-VIH peuvent avoir de vastes répercussions bénéfiques, au-delà de l'amélioration des services destinés aux patients tuberculeux et infectés par le VIH. Les achats et la gestion de l'approvisionnement des stocks, la formation, la supervision et la recherche opérationnelle constituent des exemples de domaines sur lesquels les activités TB-VIH peuvent avoir une influence positive.

7.1. Rôle de la gestion de l'approvisionnement dans les services intégrés TB-VIH

Les médicaments destinés au traitement des patients constituent la pierre angulaire de tous les programmes de santé, y compris des services de TB et de prise en charge du VIH. En l'absence de stocks permanents et suffisants de médicaments, il est impossible de prendre en charge des patients avec une pathologie chronique ou d'exiger des patients l'observance de leur traitement.

7.1.1. Quel est le rôle du gouvernement pour garantir une gestion efficace de l'approvisionnement dans les services intégrés tuberculose et VIH ?

Le rôle du gouvernement est de démontrer son engagement à l'égard de la santé de ses citoyens en inscrivant au budget des fonds destinés au paiement des médicaments et consommables essentiels pour la TB et le VIH. Cette responsabilité s'applique également aux autres problèmes de santé majeurs du pays.

7.1.2. Pourquoi une gestion efficace de l'approvisionnement est-elle essentielle ?

Pour le diagnostic et le traitement de patients devant prendre leurs médicaments sur une longue période, il est **crucial** d'assurer un approvisionnement constant en médicaments et consommables de qualité garantie. Leur durée de conservation relativement courte et le fait que le TARV soit un traitement à vie viennent encore compliquer davantage la gestion des médicaments ARV. Dans la mesure où de plus en plus de patients reçoivent des soins, le nombre de patients ayant besoin de médicaments et la quantité de médicaments nécessaires continue à croître de manière cumulée, même en prenant en considération les médicaments non utilisés par les patients qui décèdent ou sont perdus de vue au cours du suivi.

7.1.3. Quelles sont les fournitures nécessaires pour les services de collaboration TB-VIH ?

Les services de collaboration TB-VIH nécessitent que chaque programme emploie les fournitures habituellement utilisés par l'autre programme. Dans le tableau 7.1 figure la liste des fournitures essentielles dont chaque programme devrait assurer la distribution en quantités suffisantes aux formations sanitaires qui prennent en charge les patients atteints de

Tableau 7.1 Ressources nécessaires à la prise en charge de patients tuberculeux et infectés par le VIH

<i>Fournitures nécessaires à la prise en charge de patients tuberculeux</i>	<i>Fournitures nécessaires à la prise en charge de patients infectés par le VIH</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Fournitures de laboratoire : réactifs, lames et récipients à crachats • Médicaments antituberculeux, pyridoxine, cotrimoxazole • Formulaires et articles de papeterie du PNLT, pour la prise en charge des patients et les rapports²⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux types de kits de dépistage rapide du VIH au minimum • Cotrimoxazole, médicaments antirétroviraux et médicaments destinés au traitement des infections opportunistes et effets indésirables des médicaments ARV • Isoniazide pour la prévention de la TB et pyridoxine • Préservatifs masculins et féminins (pour les patients séropositifs et séronégatifs pour le VIH) • Formulaires et articles de papeterie du PNLS, pour la prise en charge des patients et les rapports

coinfection TB-VIH. Les besoins réels vont varier en fonction de la façon dont sont attribuées les responsabilités de chaque service (par ex., les cliniques antituberculeuses auront besoin de stocks de médicaments ARV uniquement si elles sont chargées de fournir ces médicaments aux patients).

7.1.4. Qui est responsable de la gestion de l'approvisionnement dans les services intégrés TB-VIH

Les programmes nationaux de lutte contre la TB et le sida ainsi que les bureaux provinciaux/régionaux de santé doivent veiller à ce que les consommables nécessaires soient disponibles et distribués en temps voulu aux établissements à tous les niveaux du système de santé. La vérification du niveau des stocks, leur gestion et leur contrôle constituent également des aspects importants de la supervision. Il est nécessaire d'instaurer une bonne communication et une collaboration étroite entre les différents niveaux des soins de santé et les responsables de l'agence nationale d'approvisionnement. L'annexe 5 présente les composantes d'un bon système de gestion de l'approvisionnement pour les médicaments.

7.1.5. Un pays doit-il fusionner les chaînes d'approvisionnement des médicaments et équipements en matière de tuberculose et de VIH ?

Dans certains pays, l'achat d'équipements s'effectue par le biais de centrales publiques d'achat de médicaments et fournitures médicales ; cette approche offre les avantages d'un système intégré. Dans d'autres pays, les médicaments et les fournitures destinés aux programmes de lutte contre la TB et le VIH sont commandés et distribués séparément. En voici quelques raisons :

- La création des programmes de lutte contre la TB a précédé l'apparition du VIH et certains de ces programmes ont élaboré des procédures normalisées qui reliaient la commande et la distribution de médicaments et de fournitures à l'inscription de patients dans le cadre d'un cycle trimestriel. Les programmes de lutte contre le sida, qui étaient à l'origine axés sur la prévention, ont mis en place leurs propres systèmes d'approvisionnement des stocks et de distribution lorsque des médicaments ont été disponibles.

- Du fait de la priorité accordée au sida par les donateurs et les gouvernements, il est possible que certains programmes de lutte contre le sida soient favorisés par une ligne budgétaire spécifique pour les médicaments et les fournitures ainsi que leur distribution. Les programmes de lutte contre la TB sont moins susceptibles d'être budgétisés de la sorte.
- Certains produits, tels que l'isoniazide pour la prévention de la TB ou les kits de dépistage du VIH, relèvent du mandat de l'un des programmes mais pas de l'autre.

Si les systèmes sont distincts, un pays doit analyser les avantages et les inconvénients de la fusion des chaînes d'approvisionnement du point de vue de l'efficacité, de la commodité et des exigences des donateurs. Il demeure fondamental d'assurer une bonne coordination et une communication de qualité, afin que les consommables nécessaires aux deux programmes, tels que les kits de dépistage rapides du VIH, le cotrimoxazole et l'isoniazide, soient disponibles en quantités suffisantes.

7.2. Rôle de la formation dans les services intégrés TB-VIH

7.2.1. Comment la formation en matière de TB-VIH peut-elle être organisée ?

Le concept de services intégrés TB-VIH a été introduit en 2004. Ceci signifie que de nombreux professionnels de la santé ont été formés à une période où leur programme d'enseignement ne comportait que peu d'éléments sur cette question. De ce fait, ces professionnels ont besoin de formation continue pour combler leurs lacunes et actualiser leurs connaissances et leurs compétences.

Lors de la planification d'un programme de formation, il est important de déterminer en premier lieu les besoins du personnel de santé, afin que celui-ci puisse recevoir une formation transversale adaptée à la lutte contre les deux maladies. En fonction de la catégorie de personnel, celui-ci peut avoir besoin de développer des compétences en soins cliniques, d'éducation à la santé et/ou développer des compétences en matière de conseil. L'annexe 6 présente une liste de besoins en formation identifiés dans les sites soutenus par L'Union.

Les programmes nationaux doivent élaborer un plan de formation qui va déterminer combien de membres du personnel seront formés chaque année, qui sera responsable des formations, quel sera le type de formation

à dispenser, où et quand elles auront lieu et comment elles seront financées, contrôlées et évaluées.

Dans certains environnements, il s'agit initialement de formations propres à une maladie. Par exemple, les membres du personnel des CDT peuvent tirer profit d'une participation à une session de formation uniquement axée sur le diagnostic et le traitement du VIH, car ils vont déjà posséder une très bonne connaissance de tous les aspects des soins anti-tuberculeux. Au fil du temps, il est possible d'intégrer des thèmes liés à la coinfection TB-VIH au sein des cours de formation habituels du programme, à tous les niveaux des services de santé. Ceci permettra de renforcer l'idée selon laquelle la prise en charge de l'infection par le VIH fait partie intégrante des soins complets contre la TB et qu'inversement, le diagnostic et la prise en charge de la TB sont essentiels aux soins anti-VIH dans les contextes qui présentent une épidémie de TB liée au VIH.

Lors de la mise en place de services intégrés en matière de TB-VIH, il est également possible que surgisse le problème de la nécessité de former

Encadré 7.1 Formation sur la coinfection TB-VIH au Bénin

Au Bénin, lors de l'intégration du dépistage et du conseil à l'initiative du soignant et des soins anti-VIH au sein des CDT, la stratégie initiale en matière de formation était basée sur une approche en équipe pour préparer le personnel des CDT à ses nouvelles responsabilités. Un infirmier, un technicien de laboratoire et un responsable médical issus de chaque CDT de la province ont été invités à participer à une session de formation sur le diagnostic et la prise en charge du VIH, qui incluait la performance du test de dépistage rapide du VIH. Alors que cette approche visait à promouvoir le sens d'un intérêt commun au sein des équipes, les formateurs se sont également aperçus que les infirmiers et techniciens de laboratoire avaient tendance à participer moins activement lorsque les médecins étaient présents, car ces derniers étaient plus sûrs d'eux et continuaient de se comporter comme les supérieurs hiérarchiques de leur équipe au cours de la formation. Fort de ces observations, le PNLT a commencé à organiser des sessions de formation propres aux différentes catégories de personnel afin de veiller à ce que les participants se sentent libres d'exprimer leurs questions et leurs inquiétudes et bénéficient au mieux de la formation.

toute l'équipe de santé à la prise en charge des patients coinfectés. La façon d'organiser au mieux la formation dépend du contexte, du nombre de membres du personnel concernés et des ressources disponibles (Encadré 7.1).

Les animateurs de formation doivent respecter les principes de l'apprentissage des adultes et reconnaître que les adultes apprennent mieux lorsque le nouveau contenu est lié aux informations qu'ils possèdent déjà et aux expériences qu'ils ont déjà acquises. Plus que les cours magistraux, ce sont les techniques participatives de formation qui garantissent de meilleurs résultats en matière d'apprentissage. Il est probable que la simple formation théorique en classe soit également insuffisante et que le mentorat soit nécessaire afin de mettre en pratique les connaissances didactiques (Encadré 7.2).

Encadré 7.2 Le système d'affectation permet une formation pratique dans les services en matière de TB-VIH au Zimbabwe

À Harare et à Bulawayo, au Zimbabwe, les infirmiers acquièrent une expérience pratique de la prise en charge des patients coinfectés grâce à un système d'« affectation ». Après avoir suivi l'ensemble des cours traditionnels en classe sur la prise en charge de la coinfection TB-VIH, ils travaillent pendant quatre semaines dans un établissement mettant déjà en œuvre des activités conjointes TB-VIH. Ils collaborent avec les infirmiers pour apprendre de manière progressive mais rapide tous les aspects du programme. Pour l'établissement d'accueil, les infirmiers « affectés » représentent un complément de main d'œuvre bienvenu, bien que temporaire. Au terme de leur affectation, ils retournent dans leur clinique d'origine et sont en mesure de mettre en œuvre et de partager avec leurs collègues ce qu'ils ont appris sur le terrain.

7.2.2. Que devrait comporter la formation initiale des soignants en matière de TB-VIH ?

Le programme éducatif de formation initiale (pré-emploi) de tous les professionnels de santé ne doit pas uniquement comporter des éléments cliniques, mais également des informations éthiques et programmatiques sur la TB, le VIH et leur relation. D'après l'expérience de L'Union, la formation médicale initiale est souvent axée sur les aspects cliniques de la

prise en charge de la maladie, sans faire le lien avec les programmes de santé publique. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de l'enregistrement, de la notification et de l'analyse des données, destinés à améliorer la performance du programme. Un renforcement du contenu pédagogique dans ces domaines permettrait de mieux préparer les nouveaux professionnels de la santé et allégerait la formation approfondie fournie au moment du recrutement ainsi que la formation continue.

7.3. Rôle de la supervision dans les services intégrés TB-VIH

7.3.1. Pourquoi la supervision est-elle importante dans les services intégrés TB-VIH et comment est-elle abordée ?

La supervision a deux fonctions principales. Elle offre tout d'abord l'occasion de renforcer la formation en classe, le respect des directives nationales et les bonnes pratiques. Ensuite, il s'agit d'un outil d'évaluation de la progression vers les objectifs programmatiques, en lien avec les indicateurs utilisés pour faire le suivi des soins de la coinfection TB-VIH.

Voici quelques éléments clés à examiner dans le cadre de la supervision générale ; ceci s'applique également à la supervision des services intégrés TB-VIH :

- La supervision doit être guidée par les données et s'appuyer sur les rapports sur la TB et la coinfection TB-VIH élaborés par le district et la province/région.
- Tous les domaines dispensant ou soutenant des services en matière de TB-VIH doivent faire l'objet d'une évaluation :
 - Prise en charge des patients sur le site, y compris les salles d'attente (triage et maîtrise de l'infection)
 - laboratoire (diagnostic)
 - salles et services de consultation (soins des patients)
 - pharmacie (gestion des stocks).
- Il est également possible d'examiner les outils utilisés, tels que checklists et/ou questionnaires et entretiens de sortie avec les patients.
- Au terme de la visite de supervision, il convient d'assurer un retour d'informations sur site à la personne/aux personnes en charge de l'établissement et du personnel. Ce retour d'informations doit toujours être constructif et équilibré, soulignant à la fois les forces et les faiblesses.
- Il convient de noter les points négatifs et de concevoir un plan de mesures correctives.

- Une synthèse des conclusions doit être rédigée au cours de la visite et laissée dans l'établissement ; une copie doit être conservée par le superviseur à titre de référence au cours des visites de suivi et de supervision ultérieures.

Dans de nombreux pays, les organes de coordination TB-VIH étudient la possibilité de réaliser une supervision conjointe. Ceci signifie que si des postes spécifiques de responsable de la TB et responsable du VIH/sida existent, ce qui est souvent le cas aux niveaux national et provincial/régional des soins de santé, ces responsables pourraient évaluer les avantages et les inconvénients de visites de supervision combinées. Au Bénin, lorsque les activités conjointes TB-VIH ont été créées, le personnel du PNLT et du PNLs menaient une supervision conjointe en matière de TB-VIH une fois par an. Dans certains pays, au niveau provincial/régional, un responsable est chargé de la TB et du VIH ; de ce fait, la supervision est automatiquement intégrée. Il n'est pas nécessaire de disposer d'un organe spécifique menant la supervision en matière de TB-VIH ; la supervision de ces services doit toujours constituer un volet essentiel des responsabilités du personnel de supervision existant.

Dans la plupart des pays, aux niveaux du district et du sous-district, la majeure partie du personnel de santé est « généraliste » et ne représente aucun programme en tant que tel. Ceci peut également mener à une supervision dans le cadre de laquelle une personne ou une équipe composée de plusieurs membres du personnel de santé évalue les progrès réalisés dans la prestation d'activités conjointes et de services intégrés TB-VIH.

7.4. Rôle de la recherche opérationnelle dans l'efficacité des services TB-VIH

7.4.1. Qu'est-ce que la recherche opérationnelle et pourquoi est-elle importante dans les activités conjointes TB-VIH ?

L'Union définit la recherche opérationnelle comme « la recherche de stratégies, d'interventions, d'outils ou de connaissances qui peuvent accroître la qualité, la couverture, l'efficacité ou la performance du système de santé ou des programmes au sein desquels la recherche est menée. »²⁸ Deux principes sous-tendent l'élaboration des priorités de recherche en matière de TB-VIH :

- Les activités conjointes d'un pays en matière de TB-VIH ont des objectifs bien définis. Il convient d'identifier et prioriser les contraintes qui en entravent l'atteinte.
- Les questions de recherche sont élaborées afin de surmonter ces contraintes. Par exemple, sont-elles dues à des lacunes en matière de connaissances ou à une mauvaise utilisation des outils et des stratégies permettant d'atteindre ces objectifs ?

7.4.2. Quels sont les thèmes appropriés pour la recherche opérationnelle en matière de TB-VIH ?

Les programmes nationaux doivent déterminer les questions de recherche opérationnelle prioritaires permettant d'évaluer les activités des programmes, dans le but de les améliorer. Pour réaliser ces études, il est possible d'avoir recours à des méthodologies descriptives, des études cas-témoins ou l'analyse de cohortes. Les données pour les études peuvent être obtenues à partir des systèmes de suivi et d'évaluation, qui sont l'un des piliers des programmes de lutte contre la TB et de TARV. Parmi les domaines de recherche potentiels figurent les questions suivantes :

- Combien de temps faut-il pour instaurer un TARV chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ?
- Dans quelle mesure le temps écoulé avant d'instaurer un TARV chez ces patients a-t-il des répercussions sur la mortalité ?
- Quels sont les facteurs (au niveau du patient, du soignant et du système de santé) agissant sur l'acceptation du dépistage de la TB chez les PVV ?
- Quel est le meilleur mécanisme pour assurer que les patients tuberculeux séropositifs sont référés pour la poursuite du TARV, au terme du traitement antituberculeux ?
- Est-il possible de mettre en œuvre et contrôler le TPI chez les PVV afin de réduire la charge de la TB ?
- Quels sont les meilleurs modèles opérationnels pour mettre en œuvre et faire le suivi des mesures de maîtrise de l'infection dans les formations sanitaires ?
- Le test de dépistage du VIH et l'orientation vers les soins anti-VIH des personnes s'avérant séropositives pour le VIH améliore-t-il les résultats thérapeutiques des patients présumés tuberculeux ?

7.4.3. Qui devrait prendre part à la recherche opérationnelle en matière de TB-VIH ?

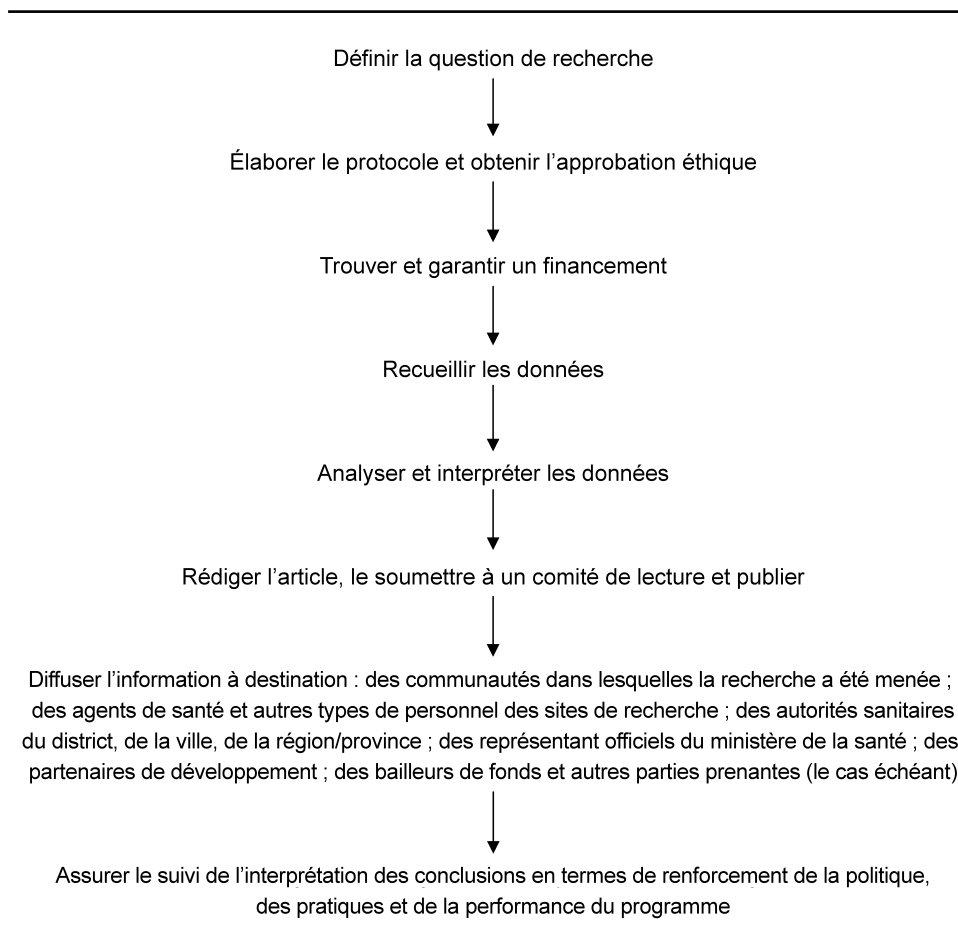
Les programmes nationaux peuvent établir des partenariats avec des chercheurs issus d'établissements universitaires ou d'autres institutions, à l'intérieur ou en dehors du pays, afin de conduire ou de soutenir une recherche opérationnelle pertinente en leur nom. Il convient d'encourager les chercheurs à former et encadrer les responsables au sein des PNLT et PNLs pour concevoir et mettre en œuvre la recherche opérationnelle.

7.4.4. Comment les résultats de la recherche opérationnelle doivent-ils être utilisés et diffusés ?

Dans l'idéal, les résultats de la recherche opérationnelle doivent être utilisés pour améliorer la conception et le fonctionnement du système de santé, afin d'accroître la qualité et l'efficacité de la prestation de services en matière de TB-VIH. Il est possible de diffuser ces résultats par des réunions entre parties prenantes dans le pays, des publications dans des revues scientifiques et des présentations au cours de forums nationaux et internationaux. La figure 7.1 illustre les étapes menant de la question de recherche à la diffusion et la traduction des conclusions en politique, en pratiques et en performance.

Les annexes 7 à 9 illustrent la façon dont ces étapes ont été mises en œuvre en Ouganda et contiennent de brefs résumés de la recherche opérationnelle conduite dans les sites soutenus par L'Union.

Figure 7.1 Étapes menant de la question de recherche à l'interprétation de ses conclusions pour renforcer la politique et les pratiques de santé²⁹



Annexes

Annexe 1	Prophylaxie post-exposition au VIH	89
Annexe 2	Mesures concrètes pour l'analyse des résultats du traitement antirétroviral au niveau de la formation sanitaire	91
Annexe 3	Missions et responsabilités principales des organes de coordination TB-VIH	94
Annexe 4	Obstacles et solutions potentielles : enseignements tirés des sites soutenus par L'Union	96
Annexe 5	Composantes d'un bon système de gestion des approvisionnements en médicaments	98
Annexe 6	Besoins en formation pour la mise en œuvre des activités conjointes TB-VIH	99
Annexe 7	De la définition d'une question de recherche à la traduction de ses conclusions en termes de politique et de pratiques en Ouganda	100
Annexe 8	Utilisation de la recherche opérationnelle pour évaluer et améliorer le fonctionnement des services intégrés TB-VIH au Bénin	101
Annexe 9	Utilisation de la recherche opérationnelle pour solliciter l'opinion des patients sur l'amélioration des services intégrés TB-VIH au Zimbabwe	102

Annexe 1

Prophylaxie post-exposition au VIH

Il convient de fournir une prophylaxie post-exposition (PPE) aux personnes ayant été accidentellement exposées au sang et/ou aux liquides organiques de patients par inoculation due à une piqûre d'aiguille ou contamination des muqueuses. L'instauration du TARV dans les 72 heures suivant l'exposition et la poursuite du traitement pendant un mois permet de réduire le risque d'infection par le VIH de la personne. La zidovudine et la lamivudine associées ou non au lopinavir/ritonavir constituent des exemples de protocole thérapeutique de PPE. Il est important de respecter les directives nationales.

Voici les étapes recommandées en cas de blessure par un objet tranchant (aiguille, scalpel) ou la projection de sang dans les yeux ou la bouche d'un soignant :^{30,31}

1. Laver immédiatement les mains exposées avec beaucoup d'eau et du savon ; rincer immédiatement l'œil/les yeux exposé(s) ou la bouche avec beaucoup d'eau.
2. La blessure doit être signalée à un membre du personnel d'encadrement, qui va par la suite gérer la PPE du membre du personnel affecté.
3. Les médicaments ARV recommandés dans les directives nationales doivent être instaurés le plus rapidement possible, de préférence **dans l'heure** et au plus tard, dans les 72 heures suivant l'exposition.
4. L'état sérologique vis-à-vis du VIH i) du patient source et ii) du membre du personnel exposé doit être vérifié (par un recueil des antécédents, un examen du dossier ou un test de dépistage, si nécessaire). Il convient de fournir des conseils adéquats.
 - Si le statut sérologique vis-à-vis du VIH du patient source ne peut être déterminé, il doit être considéré comme positif.
 - Si le soignant exposé refuse de bénéficier d'un test de dépistage, il est possible que cette personne ne puisse pas réclamer d'indemnisation par la suite.
5. **Les mesures suivantes** dépendent des résultats du test de dépistage du VIH :
 - 5.1 Le patient source est séronégatif pour le VIH :
 - La PPE n'est pas nécessaire et peut être arrêtée.

5.2 Le soignant exposé est séropositif pour le VIH :

- La PPE n'est pas nécessaire et peut être arrêtée, mais il est important de veiller à ce que le soignant reçoive des soins anti-VIH appropriés et des conseils sur le VIH.

5.3 Le soignant exposé est séronégatif pour le VIH, mais le patient source est séropositif pour le VIH :

- Les ARV doivent être poursuivis pendant un mois.
- Le test de dépistage du VIH doit être réitéré six semaines, trois mois et six mois après l'exposition.
- Il convient de fournir des conseils et un soutien psychosocial appropriés.
- Le soignant doit être avisé de la nécessité d'adopter un comportement sexuel plus sûr.
- En cas de survenue d'une séroconversion, la personne doit être référée vers un spécialiste pour l'instauration d'un traitement à long terme.

Annexe 2

Mesures concrètes pour l'analyse des résultats du traitement antirétroviral au niveau de la formation sanitaire

1. **Décider de la cohorte de patients sous TARV et des résultats intermédiaires du TARV à analyser.** C'est en général le calendrier de rapportage national qui détermine cette décision. Par exemple, il peut s'agir des résultats de traitement des patients chez lesquels le TARV a été instauré au cours du premier trimestre 2010 et qui ont bénéficié de douze mois de TAR. Il est nécessaire de laisser s'écouler suffisamment de temps pour que tous les patients de la cohorte atteignent l'étape clé en question. Dans l'exemple ci-dessus, le dernier patient de cette cohorte aura pu bénéficier de douze mois de traitement le 31 mars 2011. Il est également possible que la décision relative aux éléments à analyser doive prendre en compte le rythme de distribution des médicaments ARV : si les patients se rendent à la clinique tous les deux ou trois mois plutôt que tous les mois, la visite du douzième mois peut en réalité avoir lieu au cours des mois 13 ou 14.
2. **Déterminer le nombre de patients dans la cohorte de traitement concernée.** Le registre de TARV du service permet de documenter le nombre de patients. Ce nombre servira de dénominateur lorsque les résultats seront présentés sous forme de pourcentages. Il comporte :
 - tous les patients chez lesquels un TARV a été instauré au cours de la période (par exemple, le premier trimestre 2010) ;
 - moins les patients appartenant à cette cohorte, mais ayant été transférés en dehors de l'établissement ;
 - plus les patients transférés dans l'établissement, chez lesquels un TARV a été instauré dans un autre site au cours de la même période.*
3. Dans le cadre de la préparation du rapport, l'infirmier responsable du TARV doit veiller à ce que **l'intégralité des informations soient enregistrées** dans le registre de TARV du service, pour tous les patients de la cohorte concernée et pour la période évaluée.

*Conformément aux directives de l'OMS, l'analyse des résultats du traitement antituberculeux exclut les patients transférés reçus dans l'établissement (dont les résultats de traitement sont rapportés dans le centre les ayant inscrits à l'origine), alors que l'analyse des résultats du traitement ARV inclut les patients reçus. Ces directives expliquent également comment enregistrer dans le registre de TARV de l'établissement d'accueil les patients transférés reçus. Consulter World Health Organization, *Patient Monitoring Guidelines for HIV Care and Antiretroviral Therapy (ART)*.³²

4. Le nombre de patients ayant obtenu un certain résultat de TARV à l'étape convenue est comptabilisé à partir du registre de TARV du service. Par exemple, concernant le résultat « En vie et sous TARV à 12 mois », il convient d'indiquer le nombre de patients présentant ce résultat dans la colonne de la visite à douze mois. Ceci est réitéré pour tous les résultats du traitement ARV (Décédé, Perdu de vue et Traitement arrêté).

— En fonction du système d'enregistrement adopté par le pays, la catégorie correspondant au résultat « En vie et sous TARV » peut être

Exemple d'« analyse de résultats de traitement ARV à 12 mois » pour le premier trimestre 2010, réalisée dans une clinique africaine le 14 avril 2011 (deux semaines après le terme de la période de douze mois)³³

Nombre de patients de la cohorte	
Nombre de patients mis sous TARV à la clinique (du 1 ^{er} janvier au 31 mars 2010)	76
Nombre de patients transférés vers un autre établissement	2
Nombre de patients transférés reçus dans l'établissement	4
Nombre de patients de la cohorte	78
Résultats du TARV	
En vie et sous TARV	67 (86%)
Sous TARV de 1 ^{re} ligne	64
Sous TARV de 1 ^{re} ligne avec substitution	3
Sous TARV de 2 ^e ligne	0
TARV arrêté	0
Décédé	9 (12%)
Perdu de vue au cours du suivi	2 (2%)
Autres informations	
Parmi les patients en vie et sous TAR	
Nombre de patients travaillant	60 (90%)
Nombre de patients ambulatoires	6 (9%)
Nombre de patients alités	1 (1%)
Parmi les patients décédés	
Nombre de patients décédés au cours du 1 ^{er} mois (du TARV)	4
Nombre de patients décédés au cours du 2 ^e mois	3
Nombre de patients décédés au cours du 3 ^e mois	1
Nombre de patients décédés après le 3 ^e mois	1

- subdivisée en sous-catégories telles que « Travailleur », « Ambulatoire » et « Alité ».
- Dans le cas des patients décédés, il est important de ne pas oublier de comptabiliser tous les patients de la cohorte décédés depuis l'instauration du TARV et pas uniquement les patients décédés depuis l'analyse de cohorte précédente. Dans le cas contraire, le nombre de patients évalués ne sera pas égal au total de patients obtenu lors de l'étape 2.
 - Dans le cas des patients perdus de vue ou ayant arrêté le traitement, il convient de comptabiliser uniquement les patients perdus de vue ou ayant arrêté le traitement au moment où ils auraient dû atteindre l'étape en question (à partir de la date d'instauration du TARV). S'ils ont arrêté le traitement ou ont été perdus de vue à un moment donné par le passé, avant de reprendre le traitement, ils doivent être considérés comme « En vie et sous TARV » pour l'étape clé concernée.
5. Il est possible d'exprimer les résultats sous forme de pourcentages en divisant le nombre de patients pour chaque résultat de traitement par la taille totale de la cohorte.
- La somme des pourcentages doit être égale à 100%, et la somme du nombre de patients pour chaque résultat de traitement doit être égale au nombre total de patients de la cohorte.
6. Il est possible d'inclure les calculs suivants dans l'analyse de cohorte afin d'évaluer d'autres aspects de la réponse thérapeutique au TARV :
- le pourcentage de patients enregistrés comme « Travailleur » ;
 - le poids corporel médian et/ou moyen ;
 - le taux de lymphocytes CD4 médian et/ou moyen ;
 - l'analyse du nombre (et du pourcentage) de patients en vie et sous TARV et qui se trouvent i) sous TARV de première ligne, ii) sous TARV de première ligne avec substitution d'un médicament and iii) sous TARV de deuxième ligne ;
 - l'analyse du nombre (et du pourcentage) de patients décédés en fonction du moment du décès (mesuré par rapport au début du TARV).

Annexe 3

Missions et responsabilités principales des organes de coordination TB-VIH

Organe de coordination nationale

Vérifier i) l'intégration de la stratégie, des politiques et des directives en matière de TB-VIH au sein de la stratégie nationale de santé et du système de santé du pays et ii) la mise en œuvre des stratégies planifiées et iii) l'atteinte des objectifs.

Identifier, mobiliser et distribuer de manière équitable les ressources destinées aux activités de collaboration TB-VIH. Soutenir les efforts pour diminuer la stigmatisation et la discrimination associées à la coinfection TB-VIH, y compris la criminalisation des groupes vulnérables.

Soutenir le développement des ressources humaines pour la coinfection TB-VIH : formation initiale et continue, planification de la formation continue.

Superviser toutes les provinces/régions.

Organe de coordination provincial/régional

Planifier et favoriser l'agrément des sites spécialisés dans la TB et le VIH/TARV et veiller à un accès équitable à ces services dans tous les districts de la province/région.

Favoriser une gestion efficace des services TB-VIH en i) veillant à un approvisionnement suffisant et régulier en équipements et médicaments essentiels, nécessaires aux services TB-VIH, et ii) faisant le suivi des soins de la coinfection TB-VIH, en examinant par exemple les rapports périodiques et en discutant de la performance du programme au cours des réunions pendant lesquelles les performances sont évoquées.

Fournir une formation continue aux agents de santé et veiller à ce que le personnel soit polyvalent, si la situation actuelle en matière de TB-VIH l'exige.

Superviser tous les districts de la province.

Organe de coordination du district

Préparer les formations sanitaires du district en vue de leur agrément comme sites d'instauration et de suivi du TARV.

Identifier les groupes spécifiques et difficiles à atteindre, tels que les prisonniers, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les réfugiés, et veiller à ce qu'ils aient accès aux services en matière de TB-VIH.

Fournir une formation continue aux agents de santé du district et superviser la prestation de services pour les patients coinfectés.

Superviser toutes les formations sanitaires du district, y compris la validation des rapports de données TB-VIH et la compilation des rapports synthétiques du district.

Annexe 3 (Suite)*Organe de coordination nationale*

Veiller à ce que la plus grande priorité soit accordée aux activités de suivi et d'évaluation en matière de TB-VIH.

Fournir un environnement propice pour la recherche opérationnelle, des conseils quant aux questions de recherche prioritaires et la traduction des conclusions de recherche en politique, pratiques et performance du programme.

Organe de coordination provincial/régional

Utiliser les données locales en matière de TB-VIH pour déterminer les faiblesses et prendre des mesures afin de renforcer la couverture et la qualité des services.

Définir les questions de recherche sur la prise en charge des patients coinfectés et les aspects du programme afin d'améliorer les services et les résultats du traitement ; soutenir et conduire la recherche opérationnelle.

Organe de coordination du district

Utiliser les données locales en matière de TB-VIH pour déterminer les faiblesses et prendre des mesures afin de renforcer la couverture et la qualité des services.

Conduire la recherche opérationnelle et y participer.

Annexe 4

Obstacles et solutions potentielles : enseignements tirés des sites soutenus par L'Union

Obstacle lié à la coordination TB-VIH

Retards d'ordre politique, légal et/ou administratif dans l'adoption des politiques qui renforcent la coordination entre les deux programmes

Résistance au changement lorsque le changement conduit à modifier le pouvoir ou l'autorité de certaines personnes

Retards dans la coordination causés par différentes perceptions en termes de collaboration et d'intégration

Systèmes distincts en matière d'approvisionnement, de stockage et de distribution pour les médicaments et autres consommables essentiels

Perceptions des agents de santé selon lesquelles les services de collaboration TB-VIH sont « en plus » de leurs fonctions. Cette conception peut conduire les soignants à espérer des indemnités lorsqu'ils exercent les fonctions liées à la coinfection TB-VIH et entraîner une résistance à les exercer en cas d'absence de paiement.

Solution potentielle

Engagement et volonté politique des fonctionnaires du ministère qui supervisent les programmes nationaux de lutte contre la TB et le VIH

L'intérêt national passe avant toute chose, mais il est possible de réviser les descriptions de postes et de rassurer les fonctionnaires touchés quant à l'importance que continuent à revêtir leurs rôles.

Il convient de mettre en place des procédures opératoires normalisées définissant les responsabilités de chaque programme et d'organiser des réunions périodiques afin d'examiner les sujets de préoccupation et répondre aux inquiétudes.

Lorsqu'un pays doit décider de fusionner ou de conserver distincts tout ou partie des systèmes d'approvisionnement, il faut au minimum disposer d'un mécanisme permettant de garantir que les ARV, kits de dépistage du VIH et autres fournitures utilisées dans le cadre du programme de lutte contre la TB, ainsi que les médicaments antituberculeux, coupelles à crachats et autres fournitures utilisées dans le cadre du programme de lutte contre le sida, sont inclus lors de l'élaboration des plans d'approvisionnement, de stockage et de distribution.

Il convient de communiquer l'élément suivant au personnel de santé et à leurs superviseurs : les activités de collaboration TB-VIH sont incluses dans les politiques nationale en matière de santé, de TB et de VIH/sida et font partie des services de routine dans la plupart des pays (présentant une épidémie de TB alimentée par le VIH).

Annexe 4 (Suite)

Obstacle lié à la coordination TB-VIH

Manque de personnel ou taux de rotation élevé entraînant une augmentation de la charge de travail

Solution potentielle

Des solutions doivent être adoptées après une analyse des causes du manque de personnel et de la rotation accélérée. Les patients recherchent une prise en charge complète de tous leurs besoins en matière de santé, que le problème soit un diabète, de l'hypertension, une blessure, la TB ou le VIH, et il est nécessaire d'intégrer les services afin de répondre à ces besoins. Dans l'idéal, les agents de santé doivent bénéficier de formations initiales et continues qui les préparent à une large gamme de tâches. Dans de nombreux contextes, un soignant polyvalent s'avère nécessaire afin de fournir des services intégrés pour les pathologies les plus courantes.

La délégation de tâches—par laquelle les tâches effectuées par un type de soignant sont transférées vers un autre moins qualifié—a été utilisée afin de pallier aux manques de personnel dans les services. Il peut par exemple s'agir de former des infirmiers à l'instauration et au suivi du traitement antituberculeux et du TARV chez les patients sans complications, ou de former du personnel auxiliaire à la réalisation d'examens microscopiques de frottis de crachats et de test de dépistage rapide du VIH, en cas d'indisponibilité des techniciens de laboratoire.

Annexe 5

Composantes d'un bon système de gestion des approvisionnements en médicaments

Ci-dessous figurent les composantes majeures d'un bon système de gestion de l'approvisionnement pour toutes les fournitures essentielles, y compris les équipements destinés aux services TB-VIH.

- Les commandes doivent être passées à intervalles réguliers, par exemple une fois par trimestre.
- La commande et la gestion des fournitures doit s'appuyer sur les besoins attendus, qu'il est possible d'estimer au mieux à partir des rapports d'activités récents sur le diagnostic et le traitement, ainsi que des stocks disponibles au moment de la commande.
- Les commandes doivent intégrer un stock de réserve afin de garantir la disponibilité de fournitures en cas de retards de livraison.
- Le stock de réserve doit être équivalent aux besoins pendant la période entre les livraisons.
- La quantité de médicaments distribués à partir des salles de stockage doit être comparée au nombre de patients déclarés afin de prévenir la perte de médicaments.
- Des conditions de stockage sécurisées, dans un lieu sec et correctement ventilé, sont essentielles à tous les niveaux du système de soins de santé.
- Les stocks doivent être gérés en fonction de la date d'expiration de chaque lot de médicament ou de réactif. Les médicaments et réactifs dont la date d'expiration est la plus proche doivent toujours être sortis du stock en premier. Les médicaments périmés ne doivent pas être distribués aux patients, de même que les réactifs périmés ne doivent pas être utilisés en laboratoire.

Annexe 6

Besoins en formation pour la mise en œuvre des activités conjointes TB-VIH

Pour le personnel spécialisé dans la TB, la formation sur le VIH doit mettre l'accent sur :

- Les directives nationales en matière de prévention et de soins contre l'infection au VIH
- Les modes de transmission du VIH (relations sexuelles non protégées, d'une mère infectée à son enfant à naître ou nouveau-né et produits sanguins contaminés)
- Le diagnostic du VIH à l'aide de tests de dépistage rapide du VIH (y compris une formation pratique sur la façon de réaliser les tests)
- Le protocole de TARV standardisé et la nécessité d'ajuster celui-ci lorsque le patient prend de la rifampicine
- Les effets indésirables associés aux médicaments du TARV et leur prise en charge
- Le rôle du TPC
- La maîtrise universelle de l'infection
- Le rôle de l'intensification du dépistage de la TB chez les PVV
- L'utilité de l'isoniazide pour prévenir la TB chez les PVV
- L'enregistrement et la notification dans le cadre du VIH
- Les messages éducatifs clés sur le VIH pour les patients et la communauté, le lien avec la TB
- L'attitude sans jugement envers les PVV et les groupes de population vulnérables

Pour le personnel spécialisé dans le VIH, la formation sur la TB doit mettre l'accent sur :

- Les directives nationales en matière de lutte contre la TB et de prise en charge des patients tuberculeux
- Le mode de transmission du bacille tuberculeux (aérogène)
- Les algorithmes de diagnostic de la TB, qui débutent par un dépistage des symptômes, suivis d'un examen microscopique de frottis de crachats. Ils comportent d'autres examens, telles que la radiographie pulmonaire, le diagnostic moléculaire rapide, les cultures et tests de sensibilité.
- Le protocole de traitement antituberculeux standardisé et la nécessité d'ajuster les protocoles comportant de la névirapine lorsque le patient prend également de la rifampicine
- Les effets indésirables associés aux médicaments antituberculeux et leur prise en charge
- Le rôle de l'intensification du dépistage de la TB chez les PVV
- L'utilité de l'isoniazide pour prévenir la TB chez les PVV
- La maîtrise universelle de l'infection, y compris la maîtrise des infections à transmission aérienne
- L'enregistrement et la notification dans le cadre de la TB
- Les messages éducatifs clés sur la TB pour les patients et la communauté, le lien avec le VIH
- La reconnaissance de la stigmatisation liée à la TB et de l'importance des soins centrés sur le patient

Annexe 7

De la définition d'une question de recherche à la traduction de ses conclusions en termes de politique et de pratiques en Ouganda

En Ouganda, L'Union a dispensé une formation auprès de représentants des programmes de lutte contre la TB et le sida et de hauts responsables de la santé au niveau des districts, sur la façon de conduire la recherche opérationnelle et d'utiliser ses conclusions pour modifier la politique et les pratiques. Les représentants ont évalué plusieurs questions de recherche possibles et se sont ensuite concentrés sur les questions qui pourraient permettre au pays de résoudre les difficultés qu'il a rencontrées dans le déploiement à plus grande échelle des activités conjointes TB-VIH. Ils ont décidé de mener une recherche opérationnelle sur les obstacles liés au système de santé qui ont affecté la mise en œuvre des services intégrés TB-VIH.

Des spécialistes nationaux et les équipes de L'Union ont collaboré à l'élaboration du protocole de recherche. Un financement a été obtenu de l'USAID par L'Union, pour le compte du ministère de la santé. Le personnel du programme national et des districts a réalisé le recueil, l'analyse et l'interprétation des données, avec l'assistance technique de L'Union.

D'après les principales conclusions, les districts avaient besoin d'être davantage soutenus dans la planification et la mise en œuvre des activités conjointes TB-VIH ; en outre, les programmes nationaux devaient garantir davantage de formations sur la coinfection TB-VIH et une diffusion plus large des directives nationales.

Ces conclusions ont été largement diffusées en Ouganda grâce à des réunions de parties prenantes et ont fait l'objet de publications dans des revues internationales.^{34,35} Elles ont aidé le ministère de la santé et ses partenaires à résoudre les difficultés rencontrées par les services intégrés TB-VIH. En 2010,³⁶ 81% des patients tuberculeux ont subi un test de dépistage du VIH en Ouganda et un TPC a été instauré chez 90% des patients qui se sont avérés séropositifs pour le VIH, même si seulement 24% des patients ont bénéficié de l'instauration d'un TARV.

Annexe 8

Utilisation de la recherche opérationnelle pour évaluer et améliorer le fonctionnement des services intégrés TB-VIH au Bénin

Le Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP), un centre national de référence en médecine respiratoire situé à Cotonou, au Bénin, est accrédité pour dispenser le TARV aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH. Toutefois, pour que le nombre de patients suivis dans le cadre de leur TARV au sein de l'établissement reste gérable, les patients séropositifs pour le VIH sont orientés vers d'autres sites de soins du sida au terme de leur traitement antituberculeux.

En 2008, le personnel du CNHPP a eu recours à la recherche opérationnelle afin d'évaluer si les anciens patients tuberculeux auxquels il avait été conseillé de se rendre dans un autre site de soins du sida l'avaient fait. Un échantillon de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH a été sélectionné de manière aléatoire dans le registre de la TB. Ces patients ont ensuite été contactés par un membre du personnel du CNHPP, qui leur a posé une série de questions sur leur parcours de soins au terme du traitement antituberculeux. L'étude a évalué la proportion de patients ayant poursuivi les soins anti-VIH et les types d'obstacles rencontrés par les patients dans l'accès aux soins.

Par suite de l'étude, les mécanismes d'orientation ont été renforcés afin d'inclure :

- des appels téléphoniques aux sites de soins du VIH d'accueil afin d'annoncer l'arrivée des patients et de s'assurer qu'ils se sont bien présentés ;
- la remise au patient d'une copie de son dossier thérapeutique ;
- la commande préalable de toutes les analyses biologiques dont le site de TARV d'accueil pourrait avoir besoin de sorte que les résultats des tests soient à disposition pour la première visite des patients ;
- l'orientation des patients vers les cliniques gouvernementales essentiellement, qui ne nécessitent aucun frais d'inscription ;
- un registre d'orientation des patients sous TARV a également été ajouté au système d'enregistrement.

En outre, la recherche a inclus une composante d'intervention : les patients qui ont indiqué ne pas être en suivi pour le VIH au moment de l'étude ont été invités à se rendre au CNHPP pour bénéficier d'une évaluation clinique. Des soins médicaux (pour les infections opportunistes, par exemple), ont été prodigués si nécessaire. Une mesure du taux de CD4 a été demandée. Les patients ont été à nouveau sensibilisés et informés sur les bénéfices des soins du VIH, y compris du TARV.

Annexe 9

Utilisation de la recherche opérationnelle pour solliciter l'opinion des patients sur l'amélioration des services intégrés TB-VIH au Zimbabwe

Cette recherche opérationnelle avait pour objectif général d'évaluer la qualité des services intégrés TB-VIH fournis par les cliniques municipales à Bulawayo, au Zimbabwe.³⁷ L'étude, menée au cours du 1er trimestre 2010, s'est appuyée sur les registres de TARV des cliniques pour sélectionner au hasard 197 patients tuberculeux séropositifs pour le VIH ayant reçu des soins de la coinfection TB-VIH pendant au moins trois mois. Ces patients ont par la suite été interviewés à l'aide d'un questionnaire qui a révélé les éléments suivants :

- 156 (79%) patients interviewés ont estimé que la qualité globale des services était bonne
- 186 (94%) ont estimé que la communication entre eux et les agents de santé était bonne
- 164 (84%) étaient satisfaits de la durée de l'interaction avec les agents de santé
- 150 (76%) ont jugé que la disponibilité des médicaments, le degré d'aide fournie par le personnel et leurs compétences en termes de résolution de problèmes étaient bonnes
- 99 (50%) ont signalé que les cliniques offrant des services intégrés TB-VIH étaient trop éloignées de leur domicile, ce qui leur occasionnait des frais de déplacement trop élevés
- 99 (50%) ont déclaré que les horaires d'ouverture de la clinique n'étaient pas pratiques
- 59 (30%) se sont plaints de longs temps d'attente d'au moins quatre heures dans les cliniques.

En réaction à ces résultats et afin d'améliorer la qualité des services intégrés TB-VIH, le Département des services de santé de Bulawayo a pris les mesures suivantes :

- agrément pour l'instauration du TARV obtenu par cinq cliniques supplémentaires, portant de cinq à neuf le nombre de sites d'instauration du TARV et de prestation de services intégrés TB-VIH (sur 19 cliniques de soins de santé primaire au total) en janvier 2011 ;

- depuis octobre 2010, les sites d'initiation et de suivi du TARV fournissent des services liés au TARV le samedi afin d'accroître l'accès des patients qui travaillent pendant la semaine ;
- depuis le milieu de l'année 2010, le département teste des moyens innovants de diminuer les temps d'attente dans les cliniques, en mettant par exemple en place un système de rendez-vous ;
- pour faire le suivi de la satisfaction des patients concernant la qualité des services, le département a décidé d'ajouter une section comprenant des entretiens de sortie avec des patients au questionnaire utilisé pour la supervision intégrée en matière de TB-VIH.

Références

- 1 Organisation mondiale de la santé. Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH. Genève, Suisse : OMS, 2004.
- 2 Organisation mondiale de la santé. Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH—Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires. Genève, Suisse : OMS, 2012.
- 3 Aït-Khaled N, Alarcón E, Armengol R, Bissell K, Boillot F, Caminero CA, Chiang CY, Clevenbergh P, Dlodlo R, Enarson DA, Enarson P, Fujiwara PI, Harries AD, Heldal E, Hinderaker SG, Monedero I, Rieder HL, Rusen ID, Trébucq A, Van Deun A, Wilson N. Prise en charge de la tuberculose : Guide des éléments essentiels pour une bonne pratique. 6ème édition. Paris, France: L'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (L'Union), 2010.
- 4 *Ibid.*, pages 20–21.
- 5 Organisation mondiale de la santé. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. Recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. Genève, Suisse : OMS, 2010.
- 6 Abdool Karim SS, Naidoo K, Grobler A, et al. Integration of antiretroviral therapy with tuberculosis treatment. *N Engl J Med* 2011; 365: 1492–1501.
- 7 Blanc F-X, Sok T, Laureillard D, et al. Earlier versus later start of antiretroviral therapy in HIV-infected adults with tuberculosis. *N Engl J Med* 2011; 365: 1471–1481.
- 8 Havlir D, Kendall MA, Ive P, et al. Timing of antiretroviral therapy in HIV-1 infection and tuberculosis. *N Engl J Med* 2011; 365: 1482–1491.
- 9 Aït-Khaled, *op.cit.*, pages 24–25.
- 10 Fujiwara PI, Clevenbergh P, Dlodlo RA. Management of adults living with HIV/AIDS in low-income, high-income settings, with special reference to persons with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9: 946–958.
- 11 Aït-Khaled, *op.cit.*, page 7.
- 12 Organisation mondiale de la santé. Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages. Genève, Suisse : OMS, 2009.
- 13 Organisation mondiale de la santé. Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Mise à jour 2009. Genève, Suisse : OMS, 2009, page 30.
- 14 Organisation mondiale de la santé. Manuel de sécurité biologique pour les laboratoires de la tuberculose. Genève, Suisse : OMS, 2013.
- 15 Lawn SD, Myer L, Bekker L-G, Wood R. Burden of tuberculosis in an antiretroviral treatment programme in sub-Saharan Africa: impact on treatment outcomes and implications for tuberculosis control. *AIDS* 2006; 20: 1605–1612.

- 16 Lawn SD, Churchyard G. Epidemiology of HIV-associated tuberculosis. *Curr Opin HIV AIDS*; 2009 Jul; 4(4): 325–333.
- 17 Golub JE, Durovni B, King BS, et al. Recurrent tuberculosis in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS* 2008; 22: 2527–2533.
- 18 Golub JE, Saraceni V, Cavalcante SC, et al. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS* 2007; 21: 1441–1448.
- 19 Samandari T, Agizew TB, Nyirenda S, et al. 6-month versus 36-month isoniazid preventive treatment for tuberculosis in adults with HIV infection in Botswana: a randomised, double blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011; 377: 1588–1598.
- 20 Quigley MA, Mwinga A, Hosp M, et al. Long-term effect of preventive therapy for tuberculosis in a cohort of HIV-infected Zambian adults. *AIDS* 2001; 15: 215–222.
- 21 Akolo C, Adetifa I, Shepperd S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1: CD000171.
- 22 Organisation mondiale de la Santé. Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées. Genève, Suisse : OMS, 2010.
- 23 Aït-Khaled N, Alarcon E, Bissell K, et al. Isoniazid preventive therapy for people living with HIV: public health challenges and implementation issues. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; 13: 927–935.
- 24 Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Mise à jour 2009, *op.cit.*
- 25 Aït-Khaled 2010, *op.cit.*, pages 63–64.
- 26 World Health Organization. WHO monograph on integrated monitoring of tuberculosis and human deficiency virus. A case study from Malawi. Geneva, Switzerland: WHO, 2009: page 17.
- 27 Aït-Khaled 2010, *op.cit.*, pages 68–73.
- 28 Zachariah R, Harries AD, Ishikawa N, Rieder HL, et al. Operational research in low-income countries: what, why and how? *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 711–717.
- 29 Harries AD, Rusen ID, Reid T, et al. The Union and Médecins Sans Frontières approach to operational research. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011; 15: 144–154.
- 30 National Drug and Therapeutics Policy Advisory Committee and the AIDS and TB Unit. Guidelines for antiretroviral therapy in Zimbabwe. Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe, May 2010.
- 31 Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, CDC, MMWR, June 29, 2001/50(RR11); 1–42.
- 32 World Health Organization. Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy (ART). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.
- 33 World Health Organization. WHO monograph on integrated monitoring of tuberculosis and human deficiency virus. A case study from Malawi. Geneva, Switzerland: WHO, 2009: page 49.

- 34 Okot-Chono R, Mugisha F, Adatu F, Madraa E, Dlodlo R, Fujiwara P. Health system barriers affecting the implementation of collaborative TB-HIV services in Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; 13: 955–961.
- 35 Nabbuye-Sekandi J, Okot-Chono R, Rusen ID, et al. Factors associated with human immunodeficiency virus testing among tuberculosis patients receiving treatment at health facilities in Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010; 14: 896–902.
- 36 World Health Organization. *Global tuberculosis control 2011*. Geneva, Switzerland: WHO, 2011.
- 37 Hove S. Quality of TB-HIV care as perceived by patients in municipal clinics in Bulawayo, Zimbabwe. Abstract no. PO-925-28. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011; 15 (Suppl 3): S76–S77.

Suggestions de lecture

Tuberculose et VIH

- Arnadottir T. Tuberculosis and public health. Policy and principles in tuberculosis control. Paris, France: The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2009.
- Organisation mondiale de la santé. TB/VIH. Manuel clinique. Seconde édition. Genève, Suisse : OMS, 2004.
- Toman K. Toman's tuberculosis: case detection, treatment, and monitoring. Questions and answers. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
- Williams G, et al. Bonnes pratiques de soins pour les patients atteints de tuberculose. Guide pour les pays à faibles revenus. Paris, France : L'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, 2007.

Tuberculose de l'enfant

- Cotton M, et al. Guidance for national tuberculosis and HIV programmes on the management of tuberculosis in HIV-infected children: recommendations for a public health approach. Paris, France: The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease and WHO, 2010.

Lutte contre l'infection tuberculeuse

- Organisation mondiale de la santé. Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages. Genève, Suisse : OMS, 2009.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention, et al. Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment. Addendum to WHO guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings, 1999. CDC, WHO and The Union, 2007.
- World Health Organization. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.

Services de laboratoire

- Fujiki A. AFB microscopy training. A good quality smear examination makes a good quality TB control programme. Tokyo, Japan: Research Institute of Tuberculosis, 2005.
- Rieder HL, et al. Priorités pour les services de bactériologie de la tuberculose dans les pays à faibles revenus. Seconde édition. Paris, France : L'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, 2007.

Services de radiologie

- Gie R. Atlas diagnostique de la tuberculose intrathoracique chez l'enfant. Guide pour les pays à faibles revenus. Paris, France : L'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, 2003.

Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. Handbook for district hospitals in resource-constrained settings on quality assurance of chest radiography: for better TB control and health system strengthening. TBCTA, 2008.

Recherche opérationnelle

Enarson D. Méthodes de Recherche pour la Promotion de la Santé Respiratoire. Guide pour l'élaboration de protocoles de recherche dans les pays à faibles revenus. Paris, France : L'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, 2001.

TREAT TB. Operational research. A guide to country-level implementation and programme support. Paris, France: The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2011.

Renforcement des systèmes de santé

World Health Organization. Stop TB policy paper: Contributing to health system strengthening: guiding principles for national tuberculosis programmes. Geneva, Switzerland: WHO, 2008.

À propos de L'Union

Fondée en 1920, L'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (L'Union) se donne pour mission d'apporter innovations, solutions et soutien aux populations à faibles et moyens revenus confrontées à des préoccupations de santé. Elle est constituée de près de 15 000 membres et souscripteurs issus de plus de 150 pays. Le siège social de L'Union se trouve à Paris et des bureaux sont présents dans différentes régions : Afrique, Asie Pacifique, Europe, Amérique Latine, Amérique du Nord et Asie du Sud-est. Ses départements scientifiques se consacrent à la tuberculose, au VIH, à la prévention du tabagisme et à la recherche ainsi qu'à la santé respiratoire et aux maladies non transmissibles. Chaque département mène des activités de recherche, assure une assistance technique et offre des formations et des activités de renforcement des capacités pour trouver des solutions de santé pour les pauvres.

Pour de plus amples informations, visitez le site www.theunion.org

