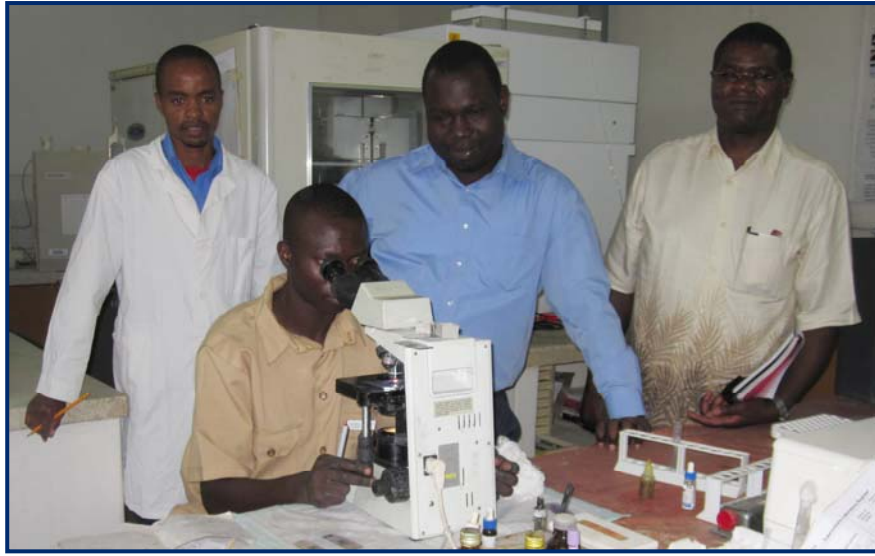




Meilleures pratiques en matière d'intégration des services de soins TB et VIH/Sida

Expérience de cinq pays



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TBCTA
The Tuberculosis Coalition
for Technical Assistance

Meilleures pratiques en matière d'intégration des services de soins TB et VIH/Sida

**Expérience de cinq pays :
Bénin, Cambodge, Kenya, Malawi et Rwanda**

**Eliud Wandwalo, Management Sciences for Health
Claire Moodie, Management Sciences for Health
Yared Kebede Haile, KNCV Tuberculosis Foundation
Amos Kutwa, KNCV Tuberculosis Foundation
Odile Ferroussier, Union internationale contre
la tuberculose et les maladies respiratoires
Chawalit Natpratan, Family Health International**

Juillet 2010





Le Bureau de la santé mondiale, Service santé, maladies infectieuses et nutrition (HIDN) de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), a apporté son soutien financier à ce document par l'intermédiaire du programme TB CAP aux termes de l'Accord N° GHS-A-00-05-00019-00.

Les informations ci-après sont fournies grâce au généreux soutien accordé par les Américains à l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Les informations sont fournies sous la responsabilité du TB CAP, et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou du Gouvernement des États-Unis.



TUBERCULOSIS FOUNDATION

Table des matières

Acronymes	vii
Remerciements.....	ix
Synthèse	x
Chapitre 1 : Introduction à ce Manuel	1
Objectif de ce Manuel.....	2
Le processus de documentation	2
Public visé.....	3
Chapitre 2 : Modèles d'intégration des services de soins TB et VIH/Sida	4
Modèle 1 : Services indépendants.....	4
Modèle 2 : Services partiellement intégrés	5
Modèle 3 : Services totalement intégrés	9
Chapitre 3 : Meilleures pratiques pour l'intégration TB/VIH.....	14
Chapitre 4 : Enseignements tirés.....	19
Chapitre 5 : Synthèses par pays	22
Bénin	22
Kenya	31
Malawi	36
Rwanda	39
Références.....	43

Acronymes

ARV	Antirétroviraux
ASE	Approche sectorielle généralisée
CDC	Centres de lutte contre les maladies
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CENAT	Centre national antituberculeux
CIPEC	Centres d'information, de prospective et de conseil
CNHPP	Centre national hospitalier de pneumo-phtisiologie
CNS	Commission nationale sur le Sida
CNV-D-MST	Centre national pour le VIH/Sida, la dermatologie et les MST
CSI	Centre de soins intégré
DCIP	Dépistage et conseils à l'initiative du prestataire de soins (médecin)
DLTMR	Division de la lèpre, de la tuberculose et des maladies respiratoires
DSE	Démarche sectorielle d'ensemble
DTC	Dépistage et conseils
DVC	Dépistage volontaire du VIH et conseils (à l'initiative du patient)
EDS	Enquête démographique et sanitaire
EGDS	Équipe de gestion de circonscription sanitaire
FHI	Family Health International
FMTSP	Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le sida et le paludisme
GTT	Groupe de travail technique
HR	Hôpital de référence
CIPTSS	Centre international de programmes de traitement et de soins du Sida
IEC	Information, éducation et communication
IO	Infection opportuniste
KNCV	KNCV Tuberculosis Foundation
MdS	Ministère de la Santé
MSH	Management Sciences for Health

OMS	Organisation mondiale de la santé
PEPFAR	Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le Sida
PM	Personnel médical
PNLS	Programme national de lutte contre le Sida
PNLSM	Programme national de lutte contre le Sida et les MST
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNS	Programme national Sida
POS	Procédures opérationnelles standard
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PV VIH	Personnes vivant avec le VIH
RDS	Responsable de circonscription sanitaire
SàD	Soins à domicile
S-E	suivi-évaluation
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIGS	Système d'informations de gestion de la santé
TARV	Thérapie antirétrovirale
TB CAP	Programme d'aide à la lutte contre la tuberculose
TB	Tuberculose
TBDSD	Traitement de brève durée sous surveillance directe
TB-MR	Tuberculose multi-résistante
TBP	Tuberculose pulmonaire
TPC	Thérapie préventive au cotrimoxazole
TPI	Thérapie préventive à l'isoniazide (ou hydrazine d'isonicotinyl)
UNSIDA	Programme conjoint des Nations unies contre le VIH/Sida
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Les auteurs de ce Manuel tiennent à remercier les ministères de la Santé, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, les programmes nationaux VIH/Sida et tous les acteurs de la lutte contre la tuberculose et contre le VIH du Bénin, du Cambodge, du Kenya, du Malawi et du Rwanda pour le temps et l'énergie qu'ils ont consacrés au travail accompli avec chacun d'entre nous pendant nos visites dans leur pays. Nous remercions également tous les personnels soignants des nombreux établissements de soins que nous avons visités pour avoir, malgré leurs horaires chargés, pris le temps de parler de leur travail avec les membres de notre équipe. C'est grâce à cet engagement généreux de ces collègues et à ce partage d'expérience que nous avons pu élaborer ce Manuel.

Nous adressons notre reconnaissance tout particulièrement à l'équipe du Kenya de *Management Sciences for Health* pour avoir hébergé l'atelier d'harmonisation qui nous a permis d'échanger nos vues sur l'expérience des différents pays, et de commencer à élaborer ce Manuel. Nous remercions également Amy-Simone Erard et Jean Kagubare de *Management Sciences for Health* pour leurs importantes contributions à l'élaboration et à la mise au point de ce Manuel.

La rédaction de ce Manuel a été coordonnée par *Management Sciences for Health* dans le cadre du projet TB CAP C4.05 intitulé : « Développer un Manuel des meilleures pratiques en matière d'intégration des services de soins TB/VIH. »

Eliud Wandwalo

Claire Moodie

Pedro G. Suarez

Juillet 2010

Synthèse

Dans la plupart des pays, les services de lutte contre la tuberculose (TB) sont décentralisés jusqu'aux dispensaires les plus périphériques et souvent au sein même des villages et des quartiers. Par contre, les services de lutte contre le VIH/Sida sont généralement beaucoup plus centralisés parce que la diffusion des soins, notamment de la thérapie antirétrovirale (TARV), n'a commencé qu'assez récemment. De ce fait, les patients qui ont besoin d'un traitement à la fois contre la tuberculose et le VIH/Sida peuvent être obligés de se rendre dans deux établissements distincts et ainsi d'avoir à parcourir de longues distances pour accéder aux soins. L'absence de services intégrés TB/VIH peut provoquer des retards dans le diagnostic et le traitement, et même se traduire par un mauvais suivi des traitements, voire par des interruptions. Par ailleurs, les patients ont à supporter la charge financière des frais de déplacement et des autres coûts indirects, tels que de longs temps d'attente et une perte de revenu.

Bien que beaucoup de pays aient adopté la politique actuelle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant la collaboration entre les activités TB et VIH, le niveau de mise en œuvre et d'intégration des services de soins TB et VIH/Sida varie d'un pays à l'autre et même d'un établissement à l'autre dans le même pays, et on disposait jusqu'ici de peu d'informations sur les expériences réalisées dans les divers pays en matière d'intégration des services TB et VIH/Sida, et sur les enseignements à tirer de ces expériences.

Cette étude a été menée par le Programme d'aide à la lutte contre la tuberculose (TB CAP) dans cinq pays (Bénin, Cambodge, Kenya, Malawi et Rwanda) et a été centrée sur l'analyse des stratégies, des approches et des démarches qui ont mené à l'intégration des services TB et VIH/Sida au niveau des soins. Elle a pris note des expériences, des meilleures pratiques et des enseignements tirés dans chacun des cinq pays. Toutes ces informations sont réunies dans ce manuel afin d'aider les autres pays et établissements dans leur démarche au moment où ils s'efforcent d'intégrer les services de soins TB et VIH/Sida.

De façon générale, on a constaté différents modèles d'intégration des services de soins TB et VIH/Sida selon les pays et parfois selon les établissements au sein d'un même pays. Aux fins de cette étude, les modèles ont été classés en trois groupes : services indépendants, services partiellement intégrés et services totalement intégrés. Dans le groupe des services indépendants, les soins TB et VIH sont assurés dans des services de soins distincts, simplement reliés par un système d'aiguillage des patients. Dans le groupe des services partiellement intégrés, certains soins VIH/Sida sont assurés dans les services consacrés à la TB et certains soins TB sont assurés dans les services VIH/Sida. Lorsque les services sont totalement intégrés, les soins TB et VIH/Sida sont assurés dans le même service, par le même personnel, à ce qu'on peut appeler un « guichet unique ».

Le présent manuel décrit les possibilités et les difficultés de chaque modèle, et présente les meilleures pratiques et les enseignements tirés de l'expérience des cinq pays étudiés.

Chapitre 1 : Introduction à ce Manuel

Le lien biologique entre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise (Sida) et la tuberculose (TB) a été mis en évidence depuis plusieurs années ; le VIH alimente l'épidémie de TB de par le monde et la tuberculose est la principale cause de mortalité des personnes vivant avec le VIH (PV VIH). Selon les estimations pour l'année 2007, il y avait dans le monde 9,27 millions de cas de TB incidente et 33,2 millions de personnes vivant avec le VIH. Sur l'ensemble des cas de TB incidente, 1,37 million (15 %) étaient des séropositifs, mais on a constaté une forte variation des taux par région : 38 % en Afrique, 11 % sur le continent américain, 9,8 % en Europe, 4,6 % en Asie du Sud-est, 3,5 % dans l'est de la région Méditerranéenne et 2,7 % dans la région Ouest-Pacifique. Toujours pour l'année 2007, on estime à 1,7 million le nombre de décès parmi les cas de TB incidente. Quelque 456.000 des personnes décédées étaient séropositives.

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié une politique provisoire concernant la collaboration dans les activités de lutte contre la TB et le VIH. Cette politique incite à des efforts pour accroître les liens entre les programmes TB et VIH aux niveaux national, infranational et d'exécution. Cette collaboration dans les activités TB/VIH vise à faciliter un dépistage rapide et efficient des cas de co-infection et à offrir des actions efficaces de prévention et de traitement pour réduire la mortalité des co-infectés VIH/TB.

Dans la plupart des pays, les services TB sont décentralisés jusqu'au niveau des dispensaires les plus éloignés, souvent même au sein des villages ou des quartiers. Par contre, les services de lutte contre le VIH/Sida sont généralement beaucoup plus centralisés parce que la diffusion des thérapies, notamment antirétrovirales (TARV), n'a commencé qu'assez récemment. De ce fait, les patients qui ont besoin d'un traitement pour la TB et le VIH/Sida peuvent être obligés de se rendre dans deux établissements distincts et de parcourir de longues distances pour accéder aux services. L'absence de services intégrés TB/VIH peut causer des retards dans le diagnostic et le traitement et se traduire par un mauvais suivi des traitements, voire par leur interruption. Par ailleurs, les patients supportent la charge financière résultant des frais de déplacement et d'autres coûts indirects, tels que longs temps d'attente et perte de revenu.

Avec la décentralisation et la multiplication des centres de soins pratiquant la TARV, on trouve de plus en plus souvent TARV et soins anti-TB dans le même service de soins. Cette façon de faire est plus pratique et plus efficiente, en particulier pour les patients. L'un des soucis est l'adoption des mesures appropriées de prévention et de lutte contre l'infection TB, pour éviter la diffusion de la tuberculose aux personnes vivant avec le VIH, notamment dans les pays où la résistance pleiotrope du bacille est largement répandue. Contrôle et prévention nécessitent un strict dépistage de la TB à chaque point de contact patient/prestataire, la séparation des patients qui toussent des autres PV VIH, l'éducation des patients à l'hygiène et au savoir-vivre concernant la toux, ainsi que des services efficients de dépistage de la TB.

Bien que beaucoup de pays aient adopté la politique actuelle de l'OMS concernant la collaboration des activités de lutte contre la TB et le VIH, le niveau d'intégration des soins TB et VIH/Sida dans les services de soins varie d'un pays à l'autre, et même d'un établissement à l'autre dans le même pays. Voici quelques uns des problèmes rencontrés pour une bonne intégration des services TB et VIH :

- Absence d'un cadre directeur pour l'intégration des services TB et VIH/Sida ;
- Différents niveaux de décentralisation des services TB et VIH ;
- Manque de moyens humains et financiers ;
- Manque de coordination entre programmes TB et VIH/Sida ;
- Appréhensions concernant les moyens d'éviter l'infection ;
- Différences d'évolution épidémiologique de la TB et du VIH/Sida d'un pays à un autre, voire au sein d'un même pays.

Étant donné le peu d'informations dont on dispose sur les modèles d'intégration des soins TB et VIH dans les services de soins, cette publication s'efforce de documenter les expériences d'intégration réalisées par cinq pays d'Afrique et d'Asie - Bénin, Cambodge, Kenya, Malawi et Rwanda - et de diffuser les enseignements à tirer de leur étude.

Objectif de ce Manuel

Ce manuel identifie et documente les expériences réalisées et les meilleurs modèles utilisés dans les pays où l'intégration des soins TB et VIH s'est faite dans de bonnes conditions au niveau des établissements de soins. La documentation est centrée sur le service de soins – hôpital de circonscription ou dispensaire – pour montrer comment ces établissements ont appliqué la politique et les directives adoptées au niveau national. Ce manuel décrit les stratégies, les méthodes et les mesures adoptées, les difficultés rencontrées et les enseignements à tirer de ces expériences.

En examinant les modèles ainsi mis en fonction au niveau des structures sanitaires, et en présentant les expériences et les méthodes recommandées, le manuel fournit des informations qui peuvent aider d'autres pays à atteindre un même niveau d'intégration, voire à faire mieux. Il peut leur inspirer des systèmes encore plus efficaces, notamment du point de vue des patients, pour gérer la co-infection TB/VIH.

Le processus de documentation

Ce manuel a été élaboré par le Programme d'aide à la lutte contre la tuberculose (TB CAP), grâce à un financement fourni par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). La documentation a été recueillie dans cinq pays : Bénin, Cambodge, Kenya, Malawi et Rwanda. Ces pays présentent des différences du point de vue de la charge de morbidité, de l'épidémiologie TB et VIH, et de la situation géographique. Ils ont été choisis à cause de leurs antécédents en matière de décentralisation et d'intégration des services de diagnostic et de traitement de la TB et du VIH.

Les informations ont été obtenues de plusieurs façons. Un questionnaire standard a été élaboré et testé avant l'envoi des équipes dans les pays. Il a été conçu pour recueillir des informations auprès des sources les plus qualifiées, et pour aider à l'animation de groupes de discussion. Des informations ont également été obtenues par des observations sur place et par l'étude documentaire de rapports, registres et autres documents écrits. Dans chaque pays, les informations ont été collectées à tous les niveaux : national, provincial ou régional, circonscription et terrain, avec une concentration maximale au niveau des structures de soins. La documentation a été réalisée par une équipe de 5 personnes, chacune d'elles s'étant rendue dans l'un des cinq pays. Des rapports détaillant l'expérience de chaque pays en matière d'intégration des services de soins TB et VIH/Sida ont été établis, et présentés aux responsables des pays respectifs. Ils ont permis ensuite d'exposer, dans le présent manuel, les meilleures pratiques et les enseignements à tirer de l'expérience de ces cinq pays.

Public visé

Ceux à qui s'adresse ce manuel sont principalement les responsables et auteurs des politiques sanitaires concernant la TB et le VIH aux niveaux national et infranational (régions, provinces et circonscriptions). Toutefois le document intéressera également les administrateurs de structures sanitaires et leurs employés à la recherche de nouveaux moyens de fournir efficacement des soins aux patients co-infectés TB et VIH. Bien que l'étude soit basée sur des pays d'Afrique et d'Asie, les expériences et les enseignements tirés peuvent s'appliquer à d'autres continents.

Chapitre 2 : Modèles d'intégration des services de soins TB et VIH/Sida

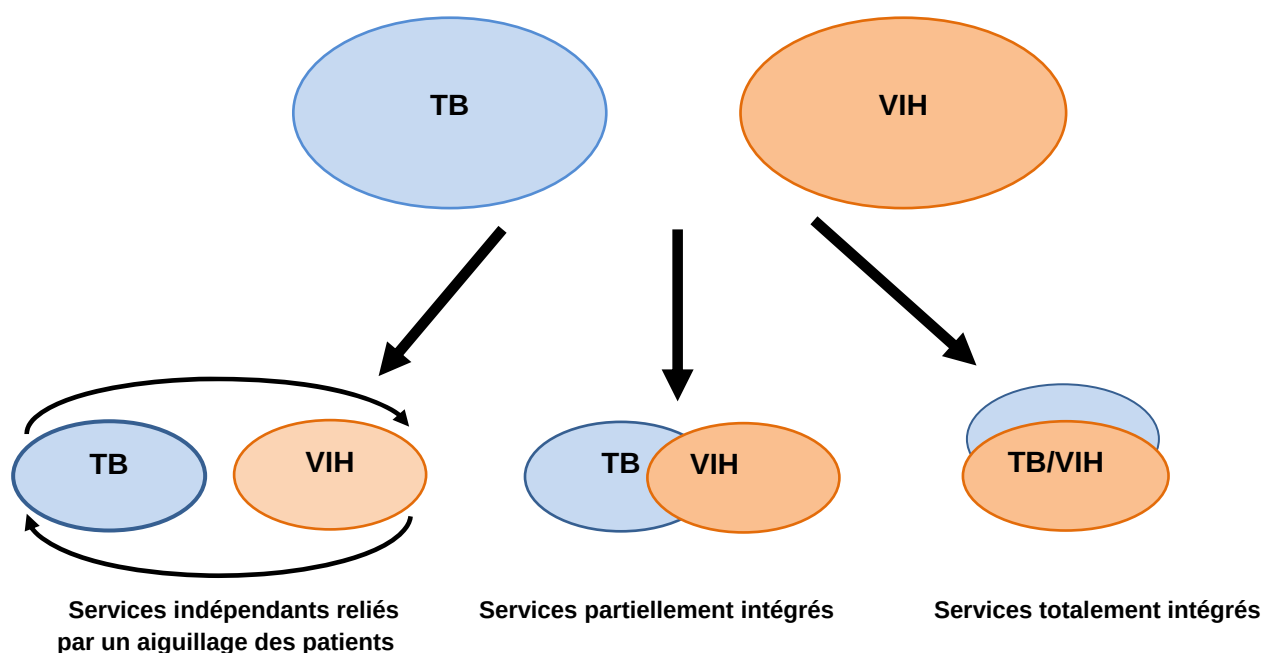
Dans chacun des 5 pays étudiés on rencontre divers niveaux d'intégration des services TB et VIH/Sida. Ces niveaux peuvent, en gros, être regroupés dans les trois modèles suivants :

Modèle 1 : Services indépendants. Les soins TB et VIH/Sida sont offerts dans des services différents, reliés par un système d'aiguillage des patients.

Modèle 2 : Services partiellement intégrés. Les services de soins TB et VIH/Sida sont situés dans le même établissement ; certains soins VIH/Sida sont offerts dans des services TB et certains soins TB sont offerts dans les services VIH/Sida. Comme l'intégration est partielle, les patients co-infectés doivent se rendre dans deux services de soins différents dotés de personnels différents pour bénéficier de toute la gamme des soins TB et des soins VIH/Sida.

Modèle 3 : Services intégrés. Les soins TB et VIH/Sida sont fournis dans le même service par le même personnel médical.

Figure 1. Trois modèles d'intégration des services de soins anti-TB et anti-VIH/Sida



1^{er} Modèle : Services indépendants

Les soins anti-TB et anti-VIH/Sida sont assurés dans des services de soins différents au moyen d'un système d'aiguillage des patients. On trouve ce modèle dans des structures sanitaires de niveau inférieur, notamment dans certains centres de santé et établissements de soins primaires au Bénin, au Kenya, au Malawi et au Rwanda, ainsi que dans un pays à faible taux d'infection TB et VIH comme le Cambodge. Habituellement, la structure sanitaire ne soigne que l'une des maladies, soit TB soit VIH/Sida. Il existe une variante de ce modèle : les soins la TB et VIH sont prodigués dans le même établissement mais séparé-

ment, dans des services non intégrés. L'intégration des soins TB/VIH dans ce modèle requiert une bonne coordination et un système d'aiguillage des patients entre services de soins et structures sanitaires.

Avantages

- La transmission accidentelle de la TB entre patients, notamment PV VIH, n'est pas un souci.
- L'intégration peut se faire même au niveau inférieur du système de santé, où les seuls services existants sont soit anti-TB soit anti-VIH/Sida.
- Par rapport aux autres modèles, ne nécessite qu'un minimum de formation complémentaire pour le personnel.
- Exige moins de ressources que les autres modèles.

Contraintes

- Nécessite un système d'aiguillage bien organisé pour assurer l'accès des patients aux soins.
- Nécessite une bonne coordination entre les services de soins/établissements de soins (communication des informations sur le patient, établissement des rendez-vous et procédures de suivi).
- Peut entraîner des coûts directs et indirects supplémentaires pour le patient (tels que frais de transport).
- Peut incommoder les patients co-infectés, qui doivent se rendre à deux endroits pour être soignés.

Recommandations

- Peut être approprié pour les pays ayant une faible prévalence TB et/ou VIH/Sida.
- Considéré comme une première étape vers la prestation de soins TB/VIH intégrés.
- Les services indépendants ne constituent pas une bonne façon d'assurer efficacement les soins TB/VIH.

2^{ème} Modèle : Services partiellement intégrés

Dans ce modèle, les services de soins TB et VIH/Sida sont situés dans le même établissement de soins ; certaines prestations VIH/Sida (dépistage VIH et conseils (DVC) par exemple) sont assurées dans le service TB et certaines prestations TB (dépistage et diagnostic de la TB chez les PV VIH par exemple) sont assurées dans le service VIH/Sida. Les patients se rendent dans deux services différents (TB et VIH/Sida), dont les personnels sont différents. De cette manière, les patients peuvent obtenir du second service les prestations qui ne sont pas fournies par le premier.

C'est le modèle le plus répandu dans quatre des cinq pays étudiés. Les soins TB et VIH/Sida sont assurés dans le même établissement, et il y a une intégration partielle des activités anti-TB et anti-VIH. On trouve ce modèle surtout dans les structures sanitaires du niveau supérieur, comme les hôpitaux, mais parfois aussi dans certains centres de santé.

Avantages

- Offre aux patients des prestations plus complètes que lorsque les services sont indépendants.
- Plus pratique pour les patients parce que le temps exigé pour les traitements de suivi est réduit.

Comment synchroniser les services TB and VIH/Sida dans une structure sanitaire

- Identifiez tous les patients qui ont besoin d'une consultation. Établissez une liste des prestations à fournir aux patients le jour de leur rendez-vous.
- Déterminez un jour de la semaine ou du mois (par exemple tous les jeudis ou le premier jeudi du mois, selon le nombre de patients) où se tiendra la consultation conjointe TB/VIH.
- Pour les patients qui consultent à la fois pour TB et VIH/sida, il faut fixer un jour de rendez-vous unique pour les prestations TB et pour les prestations VIH/Sida, notamment collecte d'expectorations, remise des médicaments TB, médicaments ARV.
- Le jour du rendez-vous, tout le personnel TB et VIH/Sida doit être présent à la consultation conjointe TB/VIH. Le personnel TB doit assister à la consultation pour fournir les médicaments TB et collecter les expectorations en vue du suivi ; de même il faut un médecin ou un infirmier pour fournir les ARV et donner des conseils pour assurer le respect du protocole.
- Le jour de la consultation, les patients doivent obtenir toute la gamme des prestations TB/VIH - traitement TB, antirétroviraux, évaluation médicale. Enfin, les patients doivent obtenir un rendez-vous pour leurs prochaines consultations.

- Bénéficie d'une mise en commun de ressources et de personnel des divers services.
- Peut obtenir de meilleurs résultats que les services indépendants.
- Réduit les coûts directs et indirects imposés aux patients lorsqu'ils doivent fréquenter deux établissements différents.

Contraintes

- Nécessite une bonne coordination et une bonne communication entre les services de soins anti-TB et anti-VIH/Sida pour éviter la duplication et le chevauchement – ou l'omission – d'actions. Par exemple, il faut bien établir quel est le service chargé de fournir le cotrimoxazole.
- Le lancement de ce modèle peut nécessiter des investissements initiaux, tels que formation et rénovation ou extension de locaux.
- Inquiétudes concernant les risques de contamination par la TB, notamment lorsque l'on envoie à des services VIH/Sida des tuberculeux ou des patients suspects d'être infectés.

Recommandations

- Ce modèle d'intégration des services TB/VIH est le plus répandu dans la plupart des pays et des centres de santé ayant des taux élevés d'infection TB/VIH.
- Les services partiellement intégrés conviennent particulièrement au niveau des hôpitaux ou centres de santé qui offrent à la fois des prestations TB et des prestations VIH/Sida, mais n'ont pas la possibilité d'une intégration totale.

1^e étude de cas : services TB/VIH ambulatoires en partie intégrés à l'hôpital de circonscription de Mangochi, au Malawi

À l'hôpital de circonscription de Mangochi, les soins TB et les soins VIH/Sida sont assurés dans le même établissement. Certains services TB/VIH sont intégrés tandis que certaines prestations sont fournies par des services indépendants. Les prestations VIH fournies dans les services TB sont les suivantes : dépistage du VIH et conseils (DVC), éducation à la prévention du VIH et thérapie préventive au cotrimoxazole (TPC). Les interventions concernant la tuberculose qui sont pratiquées dans les services VIH/Sida sont notamment : dépistage de la TB parmi les PV VIH, diagnostic de la TB dans les cas suspects et renvoi des tuberculeux au service anti-TB pour traitement. Les médicaments anti-TB et les TARV sont fournis séparément, respectivement dans les services anti-TB et anti-VIH/Sida.

Cet hôpital de circonscription se distingue par la remarquable synchronisation des prestations, permettant que les patients TB/VIH n'aient pas à se rendre dans des services différents à des dates différentes. La synchronisation des jours de consultation dans les services TB et VIH a commencé au 4^{ème} trimestre 2008, lorsque l'on s'est rendu compte qu'il était difficile pour les patients TB/VIH de suivre leurs traitements s'ils venaient à des dates différentes pour recevoir leurs médicaments anti-TB et antirétroviraux (ARV). En outre, le système fonctionnait mal ; les personnels soignants étaient surchargés, étant obligés de prendre en charge deux fois le même patient. Par ailleurs, on constatait que de nombreux tuberculeux ne revenaient pas soumettre leurs expectorations à un examen de suivi, en raison de la fréquence excessive des visites à l'hôpital.

Résultats atteints

- Les données pour le 1^{er} trimestre 2009 montrent qu'environ 83 % des tuberculeux ont été testés pour le VIH, contre seulement 59 % au 3^{ème} trimestre 2008, avant la synchronisation des services. Par ailleurs, 100 % des patients TB/VIH au 1^{er} trimestre 2009 étaient sous TPC, contre 88 % au 3^{ème} trimestre 2008 ; 25 % étaient sous ARV contre 18 % avant la synchronisation des soins.
- La synchronisation des services a réduit le coût pour les patients. Au lieu d'avoir à venir deux fois à l'hôpital, une fois pour chaque maladie, ils ne viennent qu'une fois pour les deux dans le même établissement, avec un seul jour de rendez-vous, ce qui réduit leurs frais tant directs qu'indirects.
- La synchronisation des soins est plus commode pour les patients, qui peuvent maintenant être soignés pour leurs deux maladies au même endroit.
- Avant la synchronisation, certains patients ne venaient pas eux-mêmes pour chercher leurs médicaments ; ils envoyaient quelqu'un d'autre à leur place. Maintenant, ils se déplacent eux-mêmes, et ont ainsi plus de chances d'être examinés et traités comme il convient.

Difficultés

- Ce système a été adopté par quelques établissements de soins, sous la conduite de soignants enthousiastes. La pratique n'est pas devenue un élément systématique de l'organisation des soins.
- Il y a de nombreux formulaires et registres à remplir parce que les systèmes d'enregistrement et de comptabilité des deux maladies sont toujours distincts.

2^e étude de cas : services en partie intégrés aux hôpitaux provinciaux de Nakuru et Nyeri, au Kenya

Les hôpitaux de Nakuru et Nyeri sont des hôpitaux de référence de niveau 5, situés respectivement dans la province de la Vallée du Rift et dans celle du Centre, au Kenya. Dans ces deux hôpitaux, les soins anti-VIH et anti-TB sont assurés dans des services distincts du même établissement. Les services TB de ces deux hôpitaux offrent dépistage VIH et conseils (DVC), thérapie préventive au cotrimoxazole (TPC) et traitements de brève durée sous surveillance directe (TBDSD). Les patients ayant besoin d'ARV sont renvoyés au Centre de soins intégré (CSI), dans le même bâtiment. Quand le CSI a des patients suspects de TB, il les envoie au service TB pour évaluation, diagnostic et traitement. Les ressources humaines ne sont pas mises en commun.

Résultats atteints

- Il y a des réunions de concertation entre les personnels des services VIH et TB pour discuter des systèmes et échanger des observations cliniques sur les patients.
- Il y a eu amélioration des soins dans les deux services parce qu'ils sont placés sous la même autorité.
- Ce type d'organisation est bien vu par les patients, car il n'entraîne pas de dépense supplémentaire ou de temps à passer pour se rendre dans un autre lieu.
- Un médecin TARV assure une surveillance technique du service anti-TB, dont le personnel se compose souvent d'un responsable médical et d'infirmiers.
- Les patients ont un bon rapport avec le personnel médical (PM), et même ceux qui, au départ, ne voulaient pas se soumettre au test changent ensuite d'avis et acceptent le test VIH.
- Les deux provinces ont atteint de très forts taux de dépistage du VIH parmi les tuberculeux ; tous les tuberculeux se sont vu offrir les services de dépistage VIH et de conseil (DVC), dans les deux provinces. Dans la Province centrale, 81 % des tuberculeux ont été testés : 48 % étaient séropositifs. Tous les membres de ce groupe ont été mis sous TPC et 20 % sous TARV. Dans la Vallée du Rift, 83 % des tuberculeux ont été testés, 45 % étaient séropositifs ; 94 % des patients co-infectés TB/VIH ont été mis sous TPC et 31 % sous TARV.

Difficultés

- Dans ce modèle, lorsque les patients commencent à se sentir mieux sous traitement anti-TB, ils risquent d'éviter les TARV, ce qui peut les conduire à une issue fatale.
- Les patients ont un obstacle supplémentaire à surmonter pour accéder à un autre service où ils doivent expliquer à nouveau leur problème à des inconnus avant de leur faire confiance pour les soins.
- Ce modèle est peu agréable pour les patients, car ils doivent perdre du temps à faire la queue plusieurs fois pour être soignés.
- L'aiguillage vers le Centre de soins intégré (CSI) expose les patients à la stigmatisation.

Enseignements tirés

- Une possibilité serait que le service TB prenne en charge une gamme complète d'activités collaboratives TB/VIH pendant que les patients sont sous traitement anti-TB, avant de les aiguiller vers le CSI lorsqu'ils ont achevé le traitement anti-TB.

3^{ème} Modèle : Services totalement intégrés

Le 3^{ème} modèle est l'offre de soins TB/HIV totalement intégrée. Les soins anti-TB et anti-VIH/Sida sont offerts dans le même service, au sein du même établissement de soins, par le même personnel médical ; c'est en quelque sorte un « guichet unique ». Dans la plupart des pays, les services de soins totalement intégrés soignent les patients co-infectés TB/VIH et ceux qui ne sont que tuberculeux, mais ne soignent pas les séropositifs indemnes de la tuberculose. Lorsque les patients co-infectés ont achevé leur traitement anti-TB, ils sont transférés du service de soins intégré à un service VIH/Sida pour continuer à être soignés contre le VIH/Sida, notamment au moyen d'une TARV.

Ce modèle a été mis en œuvre dans les cinq pays au niveau de divers établissements de soins, mais le degré de mise en œuvre varie selon les pays. Au Bénin, au Kenya, au Malawi et au Rwanda, lorsque les soins anti-VIH/Sida ont été intégrés avec les soins anti-TB, les soins TB/VIH étaient assurés dans des services qui auparavant traitaient exclusivement la TB, alors qu'au Cambodge, les soins anti-TB étaient assurés dans des services VIH/Sida. Au Kenya et au Malawi, le modèle 'services intégrés' en est encore à une phase pilote, dans quelques établissements de soins seulement, alors qu'au Bénin et au Rwanda il a été étendu à de nombreux établissements de soins.

Dans le modèle totalement intégré décrit ici, les services de soins qui soignent les patients co-infectés TB/VIH (et les tuberculeux) ne soignent pas les PV VIH qui ne sont pas tuberculeux.

Avantages

- Offre un service plus complet aux patients.
- Réduit les frais et les inconvénients pour les patients : c'est une approche centrée sur le patient.
- Réduit les obstacles aux soins, et peut aboutir à de bons résultats parce que les patients se font soigner très tôt à la fois pour la TB et le VIH, avec peu d'interruptions.
- Permet une meilleure planification des soins et des ressources, grâce au renforcement de la coordination entre programmes et à une mise à profit maximum des ressources.

Contraintes

- Peut nécessiter des ressources supplémentaires pour les investissements initiaux (locaux plus grands, davantage de personnel médical et formations supplémentaires).
- L'augmentation des tâches et des responsabilités peut donner au personnel médical le sentiment d'être débordé.

Recommandations

- C'est la façon la plus productive d'assurer efficacement la totalité des services TB/VIH.
- C'est le modèle le plus approprié pour les pays ayant des taux élevés de prévalence TB et VIH.

Comment créer des services intégrés TB/VIH

À peu près partout, les services intégrés TB/VIH ont été créés dans des services TB. Ces services TB ont été transformés pour devenir des services intégrés TB/VIH fournissant toutes les prestations TB et VIH aux patients TB/VIH dans le même lieu de soins, avec le même personnel. La plupart des services TB ont dû être modifiés pour fournir des soins TB/VIH intégrés. Voici, selon l'expérience des cinq pays, les principales modifications qui ont été faites pour convertir le service TB existant en service intégré TB/VIH :

- **Rénovation et expansion du service** : Un service intégré TB/VIH doit avoir suffisamment de locaux et d'équipements pour accueillir et soigner les patients co-infectés. Généralement, trois à quatre salles sont nécessaires pour les conseils, les examens médicaux et la distribution des médicaments. La rénovation doit tenir compte des risques d'infection par la TB.
- **Accroissement du personnel** : Selon le nombre des patients, quatre à six personnes sont nécessaires pour le fonctionnement d'un service de soins intégré. Il faut du personnel pour le conseil et le dépistage VIH, pour assurer les TBDSD pour la TB, pour l'enregistrement et les rapports, pour les ART, et pour la pédagogie (information, éducation et communication). Il n'est pas toujours nécessaire que ces personnes se consacrent à plein temps au service TB/VIH. Avec une bonne coordination, les ressources humaines peuvent être partagées entre les programmes TB et VIH.
- **Perfectionnement** : Une série de cours de formation est nécessaire pour répondre aux besoins des diverses catégories de personnel. Il est important de fournir une formation TB/VIH intégrée plutôt que des formations distinctes TB et VIH/Sida. Les responsables des programmes TB et VIH/Sida doivent assurer une supervision permanente des employés du service intégré TB/VIH, et leur donner les conseils dont ils ont besoin.

3^e étude de cas : services TB/HIV totalement intégrés à l'hôpital central de Zomba, au Malawi

Les soins anti-TB et anti-VIH/Sida, à l'hôpital central de Zomba, sont intégrés en un seul service et toutes les prestations sont fournies sous le même toit. Lorsque les patients ont été diagnostiqués et envoyés au service TB pour enregistrement et traitement, ils sont conseillés et dépistés pour le VIH. S'ils sont séropositifs, ils sont évalués pour un traitement TARV. Dans cet hôpital, les tuberculeux séropositifs peuvent commencer une TARV dans les deux semaines suivant le début du traitement anti-TB, alors que dans d'autres services les patients commencent normalement la TARV après les deux premiers mois de traitement anti-TB. Si les patients sont qualifiés pour entreprendre une TARV, ils reçoivent les conseils relatifs à l'observance du traitement, et ils commencent à prendre les médicaments dans ce même service. Les prestations anti-TB et anti-VIH/Sida, y compris les ARV, sont fournies par le même personnel médical.

L'hôpital central de Zomba a commencé à fournir des prestations intégrées TB/VIH selon la formule « guichet unique » en novembre 2008. Avant cela, les soins anti-TB et anti-VIH étaient offerts séparément et liés par un système d'aiguillage des patients. Pour réaliser l'intégration, les soins anti-VIH/Sida ont été intégrés dans les services TB existants. D'autres prestations anti-VIH/Sida sont fournies aux patients non tuberculeux dans un service VIH/Sida situé à quelques mètres du service

TB/VIH intégré. Un certain nombre d'adaptations ont été réalisées avant l'ouverture du service intégré : rénovation des locaux, augmentation des ressources humaines et formations.

Rénovation et expansion du service. Le service TB a été rénové et agrandi (passant de 2 à 4 salles) pour accommoder les prestations TB/VIH intégrées. Les deux nouvelles salles sont utilisées pour l'examen des patients, le conseil et la fourniture d'ARV. En outre, certains matériels de base – placards, tiroirs par exemple - ont été achetés en vue du classement des dossiers des patients et des registres, avec le souci d'assurer la confidentialité de l'information concernant les patients. La rénovation du service a pris en compte la protection contre le risque d'infection par la TB.

Augmentation des ressources humaines. Deux personnes supplémentaires ont été recrutées pour se joindre aux quatre déjà en place. Les fonctions de ces six personnes sont les suivantes :

- *Médecin TB* : activités générales TB : enregistrement, TBDS et suivi des patients
- *Deux conseillers* : conseil de groupe et individuel, dépistage du VIH, liaison avec les autres travaux de laboratoire
- *Infirmier ou médecin* : examen médical, initiation aux ARV et suivi des patients
- *Deux infirmiers ou assistants santé/hygiène* : enregistrement et rapports, fourniture de médicaments ; information, éducation et communication (IEC).

Perfectionnement. Plusieurs formations ont été réalisées pour le personnel médical afin de leur donner les connaissances et compétences nécessaires à la prestation de services intégrés TB/VIH. Une formation spéciale à l'administration des ARV et au conseil des patients a été assurée. Les responsables du programme TB et du programme VIH/Sida ont fourni en permanence supervision et accompagnement professionnel au personnel du service intégré.

Résultats atteints

- La proportion des tuberculeux ayant accès aux soins VIH/Sida s'est accrue notablement. Environ 97 % des tuberculeux ont été dépistés pour le VIH au 1^{er} trimestre 2009, après l'intégration TB/VIH, contre 85 % au 3^{ème} trimestre 2008, avant l'intégration.
- La prise d'ARV est passée de 44 % avant l'intégration TB/VIH, à 63 % après, soit une augmentation de 19 points.
- Le service intégré TB/VIH est orienté vers les usagers, et bien accepté par les patients. Au cours des entretiens, de nombreux patients ont indiqué que l'un des avantages de ce système était la commodité d'avoir les soins TB et VIH dans le même service hospitalier.

Difficultés

- La réalisation de l'intégration des services de soins TB/VIH nécessite généralement un investissement initial : rénovation de locaux, recrutement de personnel supplémentaire et formation.
- L'absence d'un système de suivi-évaluation (S-E) intégré TB/VIH est un obstacle administratif. Bien que les deux programmes TB et VIH/Sida aient des indicateurs TB/VIH dans leurs systèmes d'enregistrement et de déclaration, ils ont des systèmes de S-E distincts qui fonctionnent parallèlement. Ceci oblige à remplir séparément les formulaires et les registres TB et VIH/Sida.
- Il faut veiller au transfert des patients au service VIH/Sida pour qu'ils continuent leur TARV lorsqu'ils ont achevé leur traitement anti-TB.

4^e étude de cas : Services TB/HIV totalement intégrés au Kenya : hôpitaux de circonscription de Karatina et Kericho ; hôpital privé de la société Unilever à Kericho ; centres de santé de Sagana et Sosiot

Les hôpitaux de circonscription de Karatina et Kericho, l'hôpital de la manufacture de thé d'Unilever à Kericho et les centres de santé de Sagana et Sosiot ont chacun établi un service de soins TB/VIH « guichet unique ». Ils fournissent des prestations TB/VIH dans une ou plusieurs salles d'un même service, doté d'un ou plusieurs soignants, dans le même établissement de soins. C'est le dispositif idéal pour les PV VIH (personnes vivant avec le VIH).

Les services TB/VIH intégrés fournissent des prestations DVC, TARV, TBDSD, TPC, ainsi qu'une assistance en matière de nutrition, qui rencontrent toutes la faveur des membres de la communauté. Les services de Karatina, d'Unilever, de Sagana et de Sosiot accueillent tous les malades chroniques (VIH). Les prestataires disent avoir réduit la stigmatisation ressentie par les patients co-infectés.

À l'hôpital de circonscription de Kericho, les prestations TB et VIH/Sida sont fournies dans plusieurs salles en raison du grand nombre de patients. Différentes salles accueillent les patients pour le DVC, les examens médicaux, la prise de médicaments TB et l'assistance en matière de nutrition. Les antirétroviraux sont distribués par la pharmacie du service ARV, située à proximité.

Résultats atteints

- Un dépistage est proposé à tous les tuberculeux fréquentant ce type de service.
- L'hôpital de circonscription de Kericho a testé 87 % des tuberculeux ; 58 % étaient séropositifs ; 100 % des patients co-infectés TB/VIH ont été mis sous TPC. Mais 23 % seulement ont été mis sous TARV.
- L'hôpital d'Unilever a testé tous les patients ; 45 % étaient séropositifs ; 40 % des patients TB/VIH sont sous TARV et 100 % sous TPC.
- De même, diagnostic et conseils VIH ont été offerts à tous les tuberculeux fréquentant le service intégré TB/HIV de l'hôpital de circonscription de Karatina, et ces patients ont accepté de se soumettre au test ; 21 % sont séropositifs, et 100 % sont sous TPC. La proportion de patients TB/HIV sous TARV a augmenté de 45 %.
- Les prestations sont fournies aux patients en une seule séance, ce qui permet d'établir de bonnes relations avec le personnel médical. Même ceux qui, au départ, ne voulaient pas être testés changent d'avis et finissent par accepter.
- Un médecin TARV est chargé de la supervision technique du service anti-TB, dont le personnel médical est souvent composé d'un médecin et d'infirmiers.
- Les patients fréquentant les services intégrés disent qu'ils se sentent moins stigmatisés.

Difficultés

- Ce modèle exige des locaux et des ressources humaines suffisants. Le budget doit donc permettre d'entreprendre la rénovation des locaux et l'embauche de personnel supplémentaire.
- L'intégration des services accroît le risque de transmission de la TB aux PV VIH, il est donc impératif de prendre en considération la lutte contre l'infection TB avant même d'étudier l'intégration des services TB et VIH.

Enseignements tirés

- L'intégration des services TB/VIH est faisable, permet d'accroître le taux de dépistage du VIH et le nombre de patients TB/HIV placés sous TPC et sous TARV.
- Un service intégré TB/HIV ne peut réussir que si son organisation et sa mise en œuvre sont guidées par de solides directives.
- Des réunions de coordination entre programmes TB et VIH/Sida sont cruciales pour la mise en place de services intégrés TB/VIH.
- Les services intégrés TB/VIH sont bien vus par les patients co-infectés, qui ressentent une moindre stigmatisation.
- La décentralisation de la gestion de la TB et du VIH/Sida joue en faveur des services intégrés TB/VIH.
- Les employés d'un service intégré TB/HIV se disent plus motivés parce qu'ils peuvent fournir tous les soins aux patients co-infectés.

Chapitre 3 : Meilleures pratiques pour l'intégration TB/VIH

Même si bien des différences ont été relevées en ce qui concerne les méthodes adoptées et le degré d'intégration des activités TB/VIH dans les cinq pays qui ont participé à cette étude, les expériences réalisées avaient également des points communs. D'importants enseignements peuvent en être tirés.

1. L'adoption d'une politique ou stratégie nationale de collaboration dans les activités de lutte TB/VIH est un premier pas décisif pour l'intégration des services de soins TB/VIH/Sida.

Dans chacun des cinq pays il y avait une politique ou stratégie nationale de mise en place d'activités collaboratives TB/VIH. Ces politiques ou stratégies résultaient d'un engagement du gouvernement à s'attaquer à la co-infection TB/VIH. Ces politiques ou stratégies avaient des formes et des formats divers et portaient des titres différents, mais avaient toutes le même but. Le Cadre opérationnel TB/HIV du *Malawi* (2008–2011) exprime la vision et la mission pour la mise en place des activités collaboratives TB/VIH. Le premier cadre directeur TB/VIH du *Cambodge* a été élaboré en 2002 et revu en 2008 pour tenir compte des évolutions dans la mise en œuvre des activités TB/VIH et combler les déficiences relevées dans le premier cadre.

Les directives de la politique TB/VIH du *Kenya* ont été élaborées en 2005. Elles indiquent des stratégies pour la mise en œuvre des trois grands volets de la politique provisoire de l'OMS : coordination, réduction de l'incidence de la TB chez les PV VIH et de l'incidence du VIH chez les tuberculeux. Elles indiquent également comment établir des comités de coordination TB/VIH dans les provinces et les circonscriptions.

Les directives pour la prise en charge médicale et la surveillance épidémiologique de la co-infection TB/VIH au *Bénin* ont été élaborées en 2006 et révisées en 2008. Elles indiquent les actions que les deux programmes doivent mettre en œuvre, et comment il faut gérer les personnes co-infectées TB/VIH. Les directives de la politique TB/VIH du *Rwanda* ont été élaborées en 2005, puis révisées en 2009. Elles ont été cruciales pour l'adoption d'une politique nationale d'intégration complète des services TB/HIV.

L'adoption d'une politique accompagnée de directives a été, dans ces pays, cruciale pour l'intégration des services de soins anti-TB et anti-VIH/Sida parce que de telles directives :

- fournissent un cadre directeur pour la mise en place des activités TB/VIH ;
- visent au renforcement des systèmes de santé grâce à la mise en œuvre des activités TB/VIH au sein même des programmes et systèmes existants, plutôt qu'à la création de nouveaux programmes ou de nouvelles structures ;
- établissent un mode d'élaboration des directives qui fait participer le gouvernement, les partenaires, les ONG locales et les personnes vivant avec la TB et le VIH ;
- font place aux innovations et à une mise à jour régulière des directives, en fonction des dernières évolutions, des meilleures pratiques et des nouvelles connaissances (la plupart des directives sont actualisées en moyenne tous les deux ou trois ans) ;
- précisent le rôle et les responsabilités de chaque acteur dans la mise en place des activités TB/VIH ;
- exploitent les synergies entre le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), le Programme national de lutte contre le Sida (PNLS) et les partenaires, en évitant les chevauchements et duplications d'actions et en tirant le meilleur parti des ressources disponibles.

2. Leadership et qualité de la gestion sont importants pour l'intégration des activités TB et VIH/Sida.

Les programmes PNLT et VIH/Sida ont assuré le leadership au moyen de mécanismes de coordination TB/VIH et de groupes de travail techniques. Si titre et composition des mécanismes de coordination varient d'un pays à l'autre, ils jouent tous un même rôle crucial : assurer la supervision de la mise en œuvre des activités TB/VIH.

- Au Kenya, le groupe de travail technique (GTT) TB/VIH était composé de représentants des programmes TB et VIH/Sida ainsi que d'organisations partenaires internationales et locales.
- Au Bénin, le Comité de pilotage national réunissait des représentants des programmes TB et VIH/Sida.
- Le secrétariat du GTT TB/VIH du Malawi est situé dans les locaux du PNLT, mais les réunions étaient coprésidées par les directeurs des programmes TB et VIH.
- Les GTT TB/VIH du Rwanda et du Cambodge étaient composés de représentants des programmes TB et VIH/Sida ainsi que de partenaires engagés dans la lutte contre TB/VIH dans le pays.

Dans chacun des cinq pays, les GTT TB/VIH étaient actifs surtout au niveau national, et moins actifs aux niveaux infranationaux. Les fonctions et missions des GTT TB/VIH nationaux différaient d'un pays à l'autre, mais ils ont tous joué un rôle crucial dans l'intégration des Services TB/VIH :

- en élaborant et révisant les directives, et en établissant les normes de mises en œuvre des activités collaboratives TB/VIH ;
- en examinant et évaluant la mise en œuvre des plans stratégiques annuels et trimestriels des activités collaboratives TB/VIH à tous les niveaux ;
- en recevant et évaluant les comptes rendus techniques et financiers périodiques ;
- en évaluant et approuvant les missions confiées à des consultants pour les activités TB/VIH ;
- en supervisant la mise en place de la recherche opérationnelle, du suivi et de l'évaluation, afin d'élaborer pour les activités collaboratives TB/VIH des pratiques saines et basées sur des données de fait ;
- en participant à l'adoption de nouvelles initiatives nationales, internationales et mondiales sur les activités collaboratives TB/VIH, ou en donnant leur avis sur ces initiatives ;
- en fournissant un forum pour une interaction et une communication entre les programmes TB et VIH/Sida et d'autres partenaires ;
- en se réunissant trimestriellement et chaque fois que c'était nécessaire.

3. Partenariat et collaboration ont été cruciaux pour la réussite de l'intégration TB/VIH.

Les activités TB/VIH dans chacun des 5 pays ont été mises en place dans le cadre des Programmes TB et VIH existants. Aucun nouveau programme ou structure n'a été créé pour les activités TB/VIH. Les deux programmes et les partenaires ont déterminé les actions à réaliser par chaque programme ou partenaire et celles qui pouvaient être mises en commun. Dans les cinq pays les rôles et responsabilités de chaque programme et de chaque partenaire ont été précisés à tous les niveaux.

- Au Cambodge, le Centre national antituberculeux (CENAT) et le Centre national VIH/Sida, dermatologie et MST (CNV-D-MST) ont élaboré des procédures opérationnelles standard (POS) qui fixent clairement les rôles et responsabilités de chaque programme. Le CNV-D-MST est responsable du traitement et des soins TB/VIH : TARV, thérapie préventive au cotrimoxazole (TPC) et thérapie préventive à l'isoniazide (TPI), tandis que le CENAT est chargé de l'approvisionnement en médicaments pour le traitement de la TB et la TPI.

- Au Bénin, le PNL T est responsable de l'approvisionnement en cotrimoxazole et de sa distribution aux patients TB/HIV.
- Au Bénin, au Kenya, au Malawi et au Rwanda, il a été convenu que le traitement anti-TB continuerait d'être assuré par les services anti-TB et par les services intégrés TB/VIH, mais ne le serait pas dans les services VIH/Sida.

5^e étude de cas : Décalage de la transmission des données TB/VIH au Malawi

Le système d'enregistrement et de déclaration du PNL T du Malawi suit le système des « cohortes trimestrielles » recommandé par l'OMS : tous les patients enregistrés au cours d'un trimestre sont déclarés ensemble comme une « cohorte » dans le rapport du trimestre suivant. Ce système se prête facilement au suivi, et l'information est facile à utiliser pour la planification et la gestion, ainsi que pour comparer les tendances dans le temps. Il est facile à mettre en œuvre, et évite des confusions pour le personnel des services. Toutefois, l'une des difficultés de ce système, dans le cas des patients TB/HIV, est que les rapports de cohorte trimestriels omettent certains patients TB/HIV parce qu'ils n'ont pas eu accès aux soins VIH/Sida au cours du trimestre ou parce que leur condition VIH/Sida n'a pas fait l'objet d'une mise à jour.

Le rapport de cohorte trimestriel « rate » certains patients de deux façons :

- Le PNL T recommande d'assurer conseil et dépistage VIH chez les tuberculeux lorsqu'ils commencent leur traitement, mais certains patients attendent plus de trois mois avant d'accepter de subir les tests. Comme le système veut que les patients co-infectés figurent dans le rapport du trimestre, suivant, ce rapport ne les inclura pas.
- Les directives exigent que le traitement ARV des patients TB/HIV subisse un délai de 6 à 8 semaines, afin de réduire le risque d'effets secondaires des médicaments. Les patients qui sont enregistrés et commencent le traitement anti-TB durant le deuxième ou troisième mois du trimestre (par exemple en février ou mars pour le premier trimestre) ne pourront donc être déclarés pour ce trimestre.

Résultats atteints

Les coordinateurs TB des circonscriptions de Mangochi et de Zomba au Malawi ont trouvé une solution innovante pour surmonter cette difficulté. Lorsqu'ils communiquent les données TB/VIH, ils décalent la période de transmission des données en ajoutant un délai d'au moins un trimestre. Par exemple, les patients TB/HIV enregistrés au 1^{er} trimestre 2009 seront déclarés au troisième trimestre 2009. Selon le calendrier normal de transmission, les patients TB/HIV enregistrés au 1^{er} trimestre devraient faire partie du rapport du deuxième trimestre au plus tard. Le décalage d'un trimestre donnera assez de temps pour que les patients acceptant le dépistage du VIH trois mois après le début d'un traitement anti-TB soient inclus dans le rapport, et permettra également aux patients TB/HIV qualifiés de commencer les ARV parce qu'ils auront tous été sous traitement anti-TB depuis au moins 3 mois.

Difficultés

- Aucune étude n'a été faite au Malawi sur le pourcentage des patients TB/HIV qui ont été omis dans le cadre du système actuel d'enregistrement et de déclaration des patients.
- Le système de décalage et de transmission différée des données TB/VIH n'est pas appliqué dans toutes les circonscriptions et établissements de soins du pays. Cela peut créer des confusions lorsque les données sont compilées.

Partenariat et collaboration avec les organisations internationales et locales ont par ailleurs contribué à la réussite de l'intégration des activités TB/VIH. Un aspect important de ces partenariats est la bonne coordination entre les programmes nationaux TB et VIH/Sida d'un côté, et entre les partenaires locaux et internationaux de l'autre. La coordination et l'harmonisation des activités permettent de mieux tirer parti des ressources, d'éviter la duplication d'activités et d'empêcher le chevauchement des travaux entrepris par les partenaires d'exécution. La coordination des activités aide les partenaires à ajouter leurs efforts à ceux des pouvoirs publics.

L'étude des cinq pays a fait apparaître des domaines dans lesquels les partenaires sont bien coordonnés et capables d'harmoniser leurs activités ; les activités TB/VIH y sont bien intégrées, par comparaison avec les domaines qui ne sont pas coordonnés. Pour une bonne exécution des travaux intégrés TB/VIH, il importe de délimiter les domaines d'exécution des partenaires, tant au niveau national qu'à celui des régions ou des circonscriptions. Cela évite à la fois les duplications et les chevauchements dans les activités.

Non seulement les partenaires ont fourni les ressources supplémentaires nécessaires à une bonne intégration des activités TB et VIH/Sida – perfectionnement du personnel, locaux, équipements et fournitures supplémentaires – mais ils ont également fourni une expertise technique appréciable pour l'intégration des activités TB/VIH, grâce à des concours techniques nationaux et internationaux, et à la mise en commun d'expériences et réalisées avec les meilleures pratiques.

Une bonne communication entre les différents partenaires à tous les niveaux a également été un facteur décisif facilitant l'intégration des services TB/VIH. La communication se fait en général au moyen de réunions générales et techniques, d'ateliers et d'exposés. Au niveau des établissements de soins, comme à l'hôpital central de Zomba, au Malawi par exemple, des réunions professionnelles journalières et hebdomadaires étaient une bonne occasion de discussions sur l'intégration des soins anti-TB et anti-VIH/Sida.

4. Directives de mise en œuvre et documentation pédagogique ont facilité l'intégration TB/VIH.

L'intégration des activités TB/VIH a été facilitée dans les cinq pays par l'existence de directives pour la mise en œuvre, ainsi que d'autres instruments importants - directives de formation, formulaires révisés pour les comptes-rendus et les enregistrements, fiches et registres permettant la collecte des données des indicateurs TB/VIH. La formation du personnel médical en matière de TB/VIH a été coordonnée, au Bénin, au Kenya et au Rwanda, par le programme TB alors qu'au Cambodge et au Malawi, elle a été surtout assurée par le programme VIH/Sida. Si le contenu des formations variait, les éléments de base comme le diagnostic, le conseil et le dépistage des tuberculeux, la prise en charge des patients, et le suivi et l'évaluation, étaient au programme de toutes les formations TB/VIH.

5. La révision des formulaires et registres a été un facteur décisif pour l'extension des activités TB/VIH intégrées.

Les cinq pays ont révisé leurs systèmes d'enregistrement et de communication des données pour y introduire les indicateurs TB/VIH. Dans beaucoup de pays, ce fut une des premières actions réalisées avant le début de la mise en place des activités TB/VIH. Les indicateurs TB/VIH, dans les systèmes révisés, comprennent : les tuberculeux testés VIH, les tuberculeux détectés séropositifs et les patients co-infectés TB/HIV sous traitements cotrimoxazole et ARV. Bien que la révision des formulaires d'enregistrement et de déclaration des données ait joué un rôle décisif pour la mise en place des activités TB/VIH, la poursuite de l'intégration de ces systèmes d'enregistrement et transmission s'est heurtée à plusieurs difficultés :

- Les indicateurs TB/VIH n'étaient pas correctement enregistrés et communiqués dans les services VIH/Sida ;
- Les deux programmes ont conservé (et utilisent encore) deux systèmes parallèles d'enregistrement et de transmission des données qui « ne communiquent pas entre eux ».
- Il était frustrant de devoir communiquer les indicateurs TB/VIH selon le système trimestriel alors que certains patients n'avaient pas eu accès aux services TB/VIH tels que dépistage VIH, TARV, etc.

6. L'adoption de méthodes novatrices et les échanges d'expériences jouent un grand rôle pour parvenir à une bonne intégration TB/VIH.

Chacun des cinq pays a adopté des méthodes novatrices pour intégrer les activités TB/VIH dans les services de soins. Certains pays ont procédé à des démarrages pilotes avant d'étendre le nouveau système au pays tout entier, tandis que d'autres ont préféré ne pas attendre. Le Malawi a été l'un des trois pays qui ont fait un essai pilote de l'initiative « proTEST » de l'OMS (1999–2002) avant de l'adopter à l'échelon national. Des actions TB/VIH intégrées sont au stade pilote dans un certain nombre de circonscriptions, notamment Lilongwe et Zomba. L'expérience de ces sites sera communiquée avant l'extension. Le Rwanda a adopté l'option guichet unique pour les services de soins TB/VIH en tant que stratégie nationale en 2007, mais il l'avait d'abord testée sur deux sites pilotes. Actuellement, la plupart des établissements de soins du pays ont des services de soins intégrés TB/VIH, en guichet unique.

Il importe, lorsque l'on met en place des méthodes d'intégration TB/VIH, de trouver des modèles centrés sur le patient qui facilitent le travail du personnel soignant tout en assurant l'efficacité des prestations. Les expériences réalisées dans ces nouveaux sites, ainsi que les ressources utilisées pour la mise en œuvre des différents modèles, devront faire l'objet d'une documentation qui aidera à prendre les décisions concernant la politique sanitaire et les budgets, et facilitera l'extension de ces types d'intervention dans le reste du pays.

Chapitre 4 : Enseignements tirés

Théoriquement, les trois modèles d'intégration ont des traits qui les différencient clairement, mais, dans la pratique, la plupart des pays utilisent une combinaison de ces modèles. Cela dépend du niveau de l'établissement de soins, du type de prestations fournies, des ressources disponibles, de l'évolution des épidémies de TB et de VIH/Sida et du stade de mise en place des activités TB/VIH.

D'une façon générale, on a trouvé des services TB ou VIH/Sida séparés et indépendants au niveau des soins primaires, alors que les services intégrés se trouvaient surtout aux niveaux secondaire et tertiaire du système de santé. L'intégration des services TB/VIH dépendait également du type de prestations offert dans l'établissement. Si ce dernier ne fournit que des soins TB ou des soins VIH/Sida, il est plus facile de relier les services de soins en aiguillant les patients d'un établissement vers un autre. C'est la façon dont les services TB/VIH ont commencé dans de nombreux pays.

L'intégration des services TB/VIH peut exiger des formations complémentaires, une expansion des infrastructures et le recrutement de personnel supplémentaire. Dans de nombreux pays, les services TB sont beaucoup plus décentralisés que les services anti-VIH/Sida, selon la façon dont les épidémies TB et VIH se sont propagées dans le pays. De nombreux pays ont de solides programmes TB qui fonctionnent efficacement, alors que les programmes VIH/Sida sont relativement nouveaux et que l'extension des services à un plus grand nombre de structures sanitaires est en cours.

L'expérience des cinq pays montre que lorsque les services VIH/Sida sont développés pour s'étendre à davantage d'établissements de soins, les prestations sont de plus en plus fournies selon un système d'intégration des services TB/VIH. Un plus grand nombre d'établissements passent d'un système de services indépendants à des services partiellement intégrés ou, dans certains cas, à des services totalement intégrés. L'intégration partielle est maintenant le modèle le plus courant de services TB/VIH dans quatre des cinq pays, notamment lorsque les prestations TB et VIH/Sida sont fournies dans le même établissement. On trouve également des services intégrés dans quelques établissements de soins pilotes ou dans des centres d'excellence. Au Rwanda, le modèle intégré TB/VIH a été étendu à l'ensemble du pays et est en pratique dans la plupart des structures sanitaires publiques.

Les pays étudiés mettent en place une combinaison des trois modèles d'intégration TB/VIH. La mise en œuvre des activités TB/VIH tend à évoluer du modèle de services indépendants au modèle partiellement intégré et, finalement, au modèle totalement intégré. Ces trois modèles sont utiles chacun dans son contexte particulier. Le choix d'un modèle donné résulte de nombreux facteurs, notamment de la demande de soins, de la capacité des établissements de soins, des ressources et locaux disponibles, de la charge de morbidité et de la capacité du personnel médical à innover. Voici les huit facteurs qui ont influé le plus sur le choix du modèle d'intégration.

1. Recherche d'une méthode de traitement centrée sur le patient

Le choix du modèle de services TB et VIH destinés aux patients co-infectés a été motivé principalement par le souci d'offrir des services centrés sur le patient, et de réduire les inconvénients pour le patient – durée de l'attente, durée des déplacements frais directs et indirects.

2. Désir de fournir des services complets

La nécessité de fournir des services complets aux patients co-infectés a été la raison de l'intégration des services TB et VIH/Sida dans de nombreuses sanitaires. L'intégration a également été motivée par la formule de l'OMS : « deux maladies, un seul patient ». L'intégration des soins anti-TB et anti-VIH/Sida a été vue comme la meilleure approche possible pour offrir des services complets à un seul patient tout en visant les deux maladies.

3. Un forte charge de morbidité TB et VIH/Sida

Les pays ou les établissements ayant une forte charge de morbidité TB et/ou VIH/Sida tendent davantage à opter pour des services TB/VIH intégrés que ceux dont la charge est moindre.

4. Degré de décentralisation des services anti-TB et anti-VIH/Sida

L'existence des services TB et VIH/Sida dans les établissements de soins est le principal déterminant du niveau d'intégration des services TB/VIH. Si les services TB et VIH/Sida existent au sein du même établissement de soins, il est relativement facile de les intégrer partiellement ou totalement.

5. Disponibilité des ressources

Les problèmes de manque de ressources ont été le principal obstacle à l'intégration des services TB et VIH. Il importe de disposer des ressources nécessaires pour les formations complémentaires, la mise en place de personnel supplémentaire, et parfois pour la rénovation des locaux et l'achat d'équipements essentiels.

6. Volonté d'action de la part des dirigeants

Le soutien fourni à tous les niveaux par des dirigeants résolus compte beaucoup pour inciter les responsables des services à offrir des prestations intégrées TB/VIH. Il importe que les dirigeants sachent encourager les soignants et dissiper les peurs et les préjugés selon lesquels l'intégration des services accroîtrait la charge de travail et exposerait le personnel à plus de risques de contracter les maladies. Le même soutien est nécessaire pour mobiliser les ressources et pour centrer les efforts sur la réalisation des objectifs proches et lointains.

7. Innovation et partenariat

La mise en œuvre de systèmes d'intégration innovants a été conduite par quelques soignants motivés qui ont cherché à adopter de nouvelles façons de fournir les prestations aux patients. Ces membres de services médicaux étaient soutenus par des partenaires et par les autorités locales. L'expérience a montré que lorsque les autorités locales, les partenaires et le personnel soignant sont prêts à changer les choses et à travailler ensemble, ils trouvent le moyen de fournir les prestations d'une façon nouvelle et plus productive.

8. Apprentissage « sur le tas »

De nombreux pays et établissements de soins ont découvert comment offrir des services de soins TB et VIH intégrés simplement en s'y lançant. Ils ont découvert que ce système était accepté à la fois par les patients et par le personnel médical et ils ont démontré à d'autres qu'un système intégré mène à de bons résultats. Nombre des meilleurs modèles d'intégration TB VIH/Sida ont commencé comme des projets pilotes. L'expérience de ces projets a été partagée et étendue à d'autres zones ou à d'autres pays.

Chapitre 5 : Synthèses par pays

Bénin

par Odile Ferroussier, *Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires*

Contexte national. La République béninoise est l'un des plus petits pays d'Afrique (115.000 km²). Il confine avec le Burkina Faso et le Niger au nord, avec le Nigeria à l'est et avec le Togo à l'ouest. Il est divisé en 12 provinces et sa capitale est la ville de Porto-Novo.

On estime que la population du Bénin en 2008 était de 8 millions¹ soit une densité de 68 habitants au km². La population est jeune (47% des habitants n'ont pas plus de 15 ans) et vit surtout dans le sud et dans les zones rurales (58%). L'espérance de vie est de 59 ans. Le taux de mortalité infantile est d'environ 90/1.000 et le taux de mortalité maternelle est de 475 pour 100.000 naissances vivantes. La polygamie est répandue.

Le système de santé et ses indicateurs. Le système de santé du Bénin comporte trois niveaux : national, provincial et périphérique (zones sanitaires). À ce troisième niveau, les soins sont dispensés dans les hôpitaux de zone, les centres de santé municipaux, les dispensaires et les centres de santé villageois. Environ 1.000 établissements privés à but non lucratif (gérés surtout par des groupes religieux) fournissent quelque 40 % des consultations.² Pour la période 2001–2005, le budget alloué au ministère de la Santé a représenté en moyenne 8,9 % du budget national, soit 11,50 USD par habitant. Les dépenses totales de santé par habitant en 2004 étaient estimées à 28 USD.³ Le paludisme, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée sont les principales causes de morbidité du Bénin.

Situation concernant le VIH/Sida. Le Bénin a une épidémie VIH généralisée à faible prévalence (1,2 % selon l'EDS 2006⁴) et les relations hétérosexuelles sont le principal mode de transmission. Selon le Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/Sida (UNSIDA), il y a 64.000 PV VIH ; le taux de prévalence est plus élevé dans les villes et deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les populations à risque élevé sont les travailleurs du sexe urbains (taux d'infection de 26,5% en 2008) et leurs clients (6,5%), les camionneurs et autres populations mobiles, et les tuberculeux (16%).

En 2000, le Bénin a adopté son premier Cadre stratégique national, qui comportait la création d'un Comité national intersectoriel de lutte contre le Sida au sein du ministère du Développement, de l'Économie et des Finances, chargé de coordonner l'action à l'échelon national. Le Programme national Sida (PNS) guide l'action du secteur sanitaire face à l'épidémie. Les Centres d'information, de prospective et de conseil (CIPEC) sont les structures décentralisées du PNS au niveau provincial/intermédiaire. Les patients peuvent avoir accès gratuitement aux ARV depuis décembre 2004. Il y a actuellement 53 centres de soins VIH/TARV dans des établissements publics et privés de soins primaires, et dans les hôpitaux de circonscription. On compte entre 12.000 et 15.000 patients qui sont sous TARV, et 20.000 autres qui sont admissibles à ce traitement.⁵ Le réseau de laboratoires pour le VIH comprend le Laboratoire national de référé-

¹ Extrapolation basée sur le recensement de 2002.

² Fonds mondial. (<http://portfolio.theglobalfund.org/Pays/Index/BEN?lang=en>) consulté le 20 juillet 2010.

³ OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2008. (http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_full.pdf) consultées le 30 mai 2008.

⁴ Le 3^{ème} tour de cette enquête (DSHB-II) a été réalisé par l'Institut national de la Statistique et de l'analyse et ORC Macro du Bénin. Un échantillon aléatoire de 9.500 hommes et femmes ont été testés pour le VIH.

⁵ <http://portfolio.theglobalfund.org/Pays/Index/BEN?lang=en>.

rence, les laboratoires CIPEC et les laboratoires des hôpitaux de zone, qui offrent gratuitement le kit minimal d'analyses pour le VIH.

Situation concernant la tuberculose. La dernière estimation par l'OMS de l'incidence TB est de 91 pour 100.000 habitants, soit environ 8.000 nouveaux cas par an (toutes formes). Pour la tuberculose pulmonaire (TBP) à frottis positifs, le taux est de 39 cas pour 100.000 habitants, soit 3.500 cas par an. Le taux de détection était de 86 % en 2006 et le nombre de cas de TB communiqués annuellement s'est accru. Il y a eu un total de 3.734 cas de TB enregistrés (toutes formes) en 2006 ; 2.943 (79 %) étaient des cas de TB à frottis positifs (cas nouveaux et reprises de traitement). En 2007, le taux de réussite des traitements était de 87 %.⁶

Il y a 54 services anti-TB situés dans les centres de soins primaires et les hôpitaux de circonscription, quelques uns dans des hôpitaux de mission. Tous les services anti-TB sont équipés pour examiner au microscope les frottis d'expectoration, et tiennent un registre des tuberculeux. Deux hôpitaux, le Centre national hospitalier de pneumo-phtisiologie (CNHPP) de Cotonou et l'hôpital provincial de pneumo-phtisiologie de Porto-Novo, sont spécialisés dans les maladies pulmonaires. À eux deux, ils enregistrent environ 40 % de l'ensemble des cas de tuberculose du pays.

Des centres de microscopie ont été créés dans de petits centres de santé et dispensaires de zones rurales éloignées. Les tuberculeux à frottis positifs sont envoyés au service anti-TB le plus proche pour enregistrement et traitement. Pour bénéficier d'un traitement décentralisé dans un lieu plus commode d'accès, certains patients choisissent de se faire soigner dans un centre de Traitement de brève durée sous surveillance directe (TBDSD), établissement de soins public ou privé non accrédité comme service anti-TB. Ces centres TBDSD dispensent des médicaments anti-TB à leurs patients, mais ceux-ci doivent se rendre au service anti-TB où ils sont enregistrés pour une analyse de leurs expectorations. Le Bénin s'est engagé dans des partenariats public-privé de lutte anti-TB depuis un certain temps. Le rôle et les obligations des établissements privés sont les mêmes que ceux des structures publiques.

Mise en place des activités collaboratives TB/VIH

- **Situation actuelle.** L'intégration des activités VIH dans les services de soins TB a commencé fin 2005. Un Comité de direction national composé de représentants du PNL T sert de groupe de travail technique. Les responsabilités respectives du PNS et du PNL T sont clairement définies. Le PNL T a désigné un responsable TB/VIH. Les prestations de dépistage et de conseil initiés par les prestataires (DCIP) pour le VIH, et de TPC pour les séropositifs tuberculeux, ont été complètement intégrées dans les soins TB dans tous les services TB depuis 2006. Les séropositifs tuberculeux ont accès aux ARV dans les centres TARV existants. Le PNS a établi un plan d'extension. Dans les établissements de soins accrédités, les ARV sont fournis sur place aux séropositifs tuberculeux sur place, parfois par le même soignant que les prestations TB. Autrement, ils sont envoyés au centre TARV le plus proche. Le Bénin n'a pas de politique nationale TPI en ce qui concerne les PV VIH. Les séropositifs sont examinés en ce qui concerne les symptômes de TB, et dirigés sur un service anti-TB pour diagnostic et évaluation, mais on ne dispose pas de statistiques nationales.

⁶ OMS. Base de données de l'Atlas mondial de la santé. (<http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>) Site consulté le 13 mai 2009.

- **Réalisations.** En 2006 un *Guide des soins médicaux pour les patients co-infectés* a été rédigé conjointement par les deux programmes pour réunir toutes les directives en un seul document, qui doit être utilisé par les soignants en contact avec les patients. Tous les tuberculeux se voient offrir dépistage VIH et conseil (DVC), qui sont également offerts aux personnes suspectées de TB si le prestataire suspecte une infection VIH. Le taux d'acceptation du DCIP est très élevé dans l'ensemble du pays (97%) et ceci procure des informations fiables de surveillance de l'épidémie VIH parmi les tuberculeux. Les partenaires et enfants des tuberculeux sont, par ailleurs, incités à accepter le dépistage, mais leurs taux d'acceptation restent faibles. Le pays a atteint un excellent taux d'acceptation de la TPC par les séropositifs tuberculeux (96%).

Avec le temps, l'intégration de la distribution des ARV a progressé. Le PNS place les services anti-TB dans la liste des sites prioritaires pour l'extension de la diffusion des ARV. À mesure que le nombre des centres TARV augmentait (atteignant 53 en 2009), la remise des ARV sur place aux tuberculeux a augmenté considérablement: en 2006, 40 % (20/50) des centres de dépistage et conseil (DVC) étaient situés dans des établissements de soins accrédités TARV. En 2008 les ARV étaient disponibles sur place dans 63 % (34/54) des sites de DVC. Sur l'ensemble de la période pilote, 42 % des patients co-infectés détectés dans les sites pilotes ont commencé ou poursuivi la TARV pendant leur traitement anti-TB.

- **Difficultés.** D'importantes décisions ont été prises par le Comité de pilotage national, mais les réunions sont irrégulières, surtout à cause de l'indisponibilité de ses membres. Par ailleurs, il a été difficile pour certains séropositifs tuberculeux d'avoir accès aux ARV. Dans certains cas, les prestataires sont réticents à faire commencer une TARV pendant le traitement anti-TB, craignant que le protocole ne soit pas respecté par les patients ou qu'il y ait des effets secondaires entraînant de mauvais résultats. Certains sites TARV ont une capacité restreinte et ne peuvent pas satisfaire la demande. Bien que les anciens tuberculeux soient admissibles à la TARV indépendamment de leur numération de lymphocytes CD4, certains patients ont dit qu'on leur avait affirmé qu'ils n'auraient droit aux ARV que lorsque leur CD4 serait redescendu au-dessous d'un certain seuil. D'autres se sont vu offrir des rendez-vous à une date très éloignée, ce qui a retardé de fait le début de la TARV.

Meilleures pratiques pour l'intégration des activités TB et VIH ; enseignements tirés

- **DCIP par le personnel médical TB :** Les infirmiers et les techniciens de microscopie des frottis sont formés pour offrir des conseils avant et après les tests, et pour faire un rapide dépistage du VIH, ce qui évite d'avoir à envoyer les tuberculeux subir un test dans un centre de Conseil et dépistage volontaire (CDV) ; ceci a contribué à la montée des pourcentages d'acceptation. La disponibilité des tests VIH dans les services anti-TB a par ailleurs permis de convaincre les partenaires et les enfants des patients de se soumettre au test, à cause de la stigmatisation qui reste attachée à la simple entrée dans un centre de CDV.
- **Clarification des responsabilités du le PNLT et du PNS.** Le PNS s'est engagé à approvisionner tous les centres de DVC en tests rapides. Le PNLT s'est engagé à veiller à ce que les services anti-TB offrent le dépistage du VIH à tous les tuberculeux, à leur partenaire et à leurs enfants, et à distribuer le cotrimoxazole aux centres de DVC. Le PNS a convenu d'accréditer les services anti-TB (y compris les deux centres hospitaliers nationaux spécialisés en TB de Cotonou et Porto-Novo) en tant que centres TARV, de façon à ce qu'ils puissent prescrire les ARV aux patients co-infectés. Le PNLT et le PNS ont convenu de respecter les directives et algorithmes l'un de l'autre. Cet accord

permet aux soignants de déterminer qui contacter en cas de problèmes. La collaboration crée une interdépendance qui permet au PNLT, lorsque les stocks de tests VIH rapides sont épuisés, d'en fournir sur son propre stock pour éviter l'interruption des tests.

- **Adoption d'une programmation d'ensemble, plutôt que de projets distincts.** Le MdS a adopté une démarche programmatique pour l'intégration TB/VIH, et tous les services anti-TB du pays réalisent le même ensemble d'activités (DCIP, TPC et fourniture d'ARV ou renvoi vers un site TARV) afin d'obtenir que les soignants comprennent que ces activités font maintenant partie des soins anti-TB usuels. En outre, dans chaque province, les soignants sont formés ensemble, qu'ils appartiennent à un site pilote ou non. Cette façon de procéder, outre qu'elle renforce la cohésion du personnel soignant, permet aux infirmiers et aux techniciens de laboratoire d'être prêts à travailler dans n'importe quel service anti-TB du pays, les mutations de personnel médical étant fréquentes.

Enfin, il a été décidé de ne pas offrir d'incitations financières aux soignants des sites pilote, même lorsque les autres professionnels du même établissement bénéficiaient d'une prime (provenant d'autres projets VIH extérieurs) pour ce qui avait été présenté comme un travail « supplémentaire ». Cela a réduit le risque que les activités ne ralentissent avec la motivation lorsque les primes auraient été supprimées à la fin de la phase pilote.

- **Importance de la supervision.** La supervision régulière apporte un soutien qui complète la formation. Chaque service anti-TB est visité chaque trimestre par une équipe nationale, comprenant un médecin du CNHPP et un représentant du Laboratoire national de la TB. Il faut environ deux semaines aux deux équipes nationales pour couvrir tout le pays. Des représentants des autorités sanitaires départementales et des circonscriptions participent aux visites dans les zones de leur ressort. Un tableau récapitulatif de la supervision est rempli dans chaque site et est repris lors de la supervision suivante pour étudier les progrès accomplis. Après chaque visite, l'équipe nationale organise une séance de communication des résultats, à laquelle participe un représentant de chaque site.
- **Systèmes d'envoi/renvoi des patients lorsque les ARV ne peuvent être fournis par le prestataire des soins anti-TB.** À l'hôpital national TB, la recherche opérationnelle a montré que les patients à qui l'on avait dit de se rendre dans un centre TARV du PNS à la fin de leur traitement anti-TB pour commencer une TARV le faisaient rarement. L'éducation a été renforcée, et l'hôpital s'est mis à communiquer avec les centres TARV au sujet de chaque patient. Dans les plus petits services anti-TB, les soignants savent qu'ils doivent soigneusement guider les patients tout au long du processus. Ainsi, au service TB d'Allada, dès que les tuberculeux sont diagnostiqués séropositifs, l'infirmier ou infirmière TB va avec eux jusqu'à la salle des ARV pour les présenter à l'infirmier ou infirmière ARV, de façon à ce qu'ils soient déjà familiarisés avec la salle et avec le personnel lorsqu'ils seront prêts à commencer le traitement. Ailleurs, l'infirmier TB accompagne les patients à leur premier rendez-vous au centre TARV de l'hôpital de zone pour s'assurer qu'ils sont bien en contact avec les services TARV. Souvent, des appels téléphoniques sont passés entre établissements (au moyen des téléphones portables du personnel) pour annoncer l'arrivée d'un patient ou demander si un patient s'est présenté.

L'efficacité de ces procédures repose entièrement sur l'engagement et le dévouement du personnel médical. Le regroupement des services TB et TARV dans le même établissement parvient non seulement à alléger la charge de la co-infection pour les patients, mais encore à réduire la pression sur les employés qui s'efforcent d'assurer la continuité des soins pour leurs patients.

Cambodge

par Chawalit Natpratan, *Family Health International*

Contexte national. Le Cambodge se situe dans le sud-est asiatique et est peuplé d'environ 14 millions d'habitants. Le produit intérieur brut par habitant était de 360 USD en 2006 (Banque mondiale). Le taux d'alphabétisation est de 85 % pour les hommes et 64 % pour les femmes. Le Cambodge est divisé en 24 provinces et villes et en 183 circonscriptions administratives⁷.

Le système de santé. Le ministère de la Santé est responsable de programmes verticaux allant du niveau national à celui des circonscriptions. Le Département sanitaire provincial est le niveau de gestion intermédiaire qui supervise les circonscriptions opérationnelles, c'est-à-dire un groupe de circonscriptions administratives qui sont les unités fonctionnelles au niveau le plus bas du système de gestion. Les circonscriptions opérationnelles ont un hôpital de référence (HR) désigné et un réseau de dispensaires. Il y a 24 départements sanitaires provinciaux et 76 circonscriptions opérationnelles avec 69 HR et 966 dispensaires⁸.

Situation concernant le VIH/Sida. Le Centre national pour le VIH/Sida, la dermatologie et les MST (CNV-D-MST) et l'Autorité nationale du Sida (ANS), sont responsables de la prévention, du traitement et des soins VIH/Sida. Au niveau des départements sanitaires provinciaux, un responsable Sida provincial est chargé de toutes les activités relatives au VIH. Il y a un coordinateur Sida dans chaque circonscription opérationnelle. En 2006, le taux de prévalence du VIH s'était abaissé à 0,9 % (contre 2 % en 1998). En 2000, les traitements et les soins n'étaient assurés que dans la capitale par des ONG internationales. Des projets pilote ont commencé en 2003. Fin 2005 le Cambodge était le seul pays de la zone Pacifique-occidental à avoir atteint 3 des 5 objectifs de l'OMS. Fin 2008, les ARV étaient distribués à 32.000 personnes vivant avec le VIH. On estimait que ce nombre correspondait à 95 % des personnes ciblées.

Situation concernant la tuberculose. Le Centre national antituberculeux (CENAT) et le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) sont responsables du programme de lutte contre la tuberculose. Depuis 2004, le PNLT a soutenu les départements sanitaires provinciaux et les circonscriptions opérationnelles pour la mise en œuvre des traitements de brève durée sous surveillance directe (TBDS) de la TB au moyen d'un réseau de HR et de dispensaires. Le superviseur TB coordonne les activités anti-TB de chaque département provincial et de chaque circonscription opérationnelle. Le Cambodge se place au 21^{ème} rang parmi 22 pays à forte morbidité TB. Chaque année, entre 35.000 et 40.000 nouveaux cas de tous les types de TB sont détectés. En 1997, l'OMS estimait que 64 % de la population était infectée par la TB. En 2008, le taux de détection approchait 70 %, et le taux de réussite des traitements était supérieur à 90 %.

Mise en œuvre des activités collaboratives TB/VIH

- **Situation actuelle.** Le CNV-D-MST a inclus les tuberculeux comme l'un des groupes « sentinelles » depuis le commencement de la « surveillance sentinelle » du VIH en 1995. La prévalence VIH parmi les tuberculeux a augmenté, passant de 2,5 % en 1995 à 11,8 % en 2003, avant de retomber à 7,8 % en 2007. Après 2003, le PNLT a effectué par lui-même des enquêtes VIH chez les tuberculeux, avec un soutien technique et financier de partenaires. Le PNLT et le CNV-D-MST ont utilisé les données de la surveillance pour guider le planning de leur programme TB/VIH.

⁷ Recensement du Cambodge de 1998, Ministère du Plan du Cambodge

⁸ Plan de couverture sanitaire, mars 2006, Cambodge

- **Réalisations.** En 2000, le premier Symposium international TB/VIH s'est tenu à des fins de sensibilisation et, fin 2002, le premier Cadre directeur national TB/VIH a été mis au point par le PNLT, le CNV-D-MST et les partenaires. De 2000 à 2003, les activités TB/VIH (principalement ARV et recherche) ont été gérées par des ONG internationales et se sont limitées à la capitale. En 2004, des activités TB/VIH ont été mises en place dans quatre provinces pilotes avec le soutien de quatre partenaires. En 2004–2005, lorsque l'ensemble de la gamme des soins médicaux a été amplifiée dans tout le pays, l'intégration TB/VIH a également pris de l'ampleur.
- **Difficultés.** En dépit de la bonne coordination des activités TB/VIH, certains domaines ont besoin d'améliorations. Le PNLT et le CNV-D-MST ont reconnu les déficiences, et des travaux sont en cours en vue d'une amélioration de la qualité.
 - Le système de suivi et évaluation a besoin d'être amélioré, de façon à produire plus rapidement des dossiers et des rapports complets et exacts. Le CNV-D-MST utilise une base de données informatisée, alors que le PNLT en est encore à des dossiers et des rapports sur papier. L'utilisation des informations pour éclairer les décisions ne se fait pas uniformément dans toutes les circonscriptions sanitaires provinciales et opérationnelles.
 - Des documents et matériels pédagogiques devront être élaborés pour les activités TB/VIH, car il n'en n'existe pas encore actuellement sur le terrain.
 - Des améliorations sont nécessaires pour la qualité des services en ce qui concerne le diagnostic des patients co-infectés TB/VIH dont les expectorations sont négatives, et en ce qui concerne les liaisons entre les services TB/VIH et les établissements traitant la tuberculose multi-résistante.
 - Il est urgent de prendre en mains la lutte contre la transmission de la tuberculose, pour prévenir la contamination des PV VIH.

Meilleures pratiques pour l'intégration des activités TB et VIH

- **Engagement et leadership de la part du gouvernement.** Le ministère de la santé (MdS) a une politique ouverte concernant la TB, le VIH/Sida et les activités TB/VIH ; il a approuvé le 1^{er} Cadre directeur TB/VIH en 2002. Lorsque les activités TB/VIH ont été amplifiées en 2004–2005, le CNV-D-MST et le PNLT ont publié un *Communiqué conjoint du CNV-D-MST et du PNLT pour renforcer les stratégies de soins et de traitement VIH/Sida-TB*, et se sont engagés sur les points suivants :
 - Guider et soutenir le dépistage de la TB parmi les PV VIH, et le dépistage du VIH chez les tuberculeux ;
 - Organiser des services fournissant toutes les prestations TB/VIH aux personnes co-infectées ;
 - Partager les responsabilités en matière de logistique et de formation ;
 - Renforcer le suivi-évaluation (S-E).

En 2006 et 2007, le CNV-D-MST et le PNLT ont émis deux procédures opérationnelles standard (POS) concernant le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et de la TB chez les PV VIH .

- **Coordination à tous les niveaux et participation des partenaires.** De 2003 à 2006, les activités TB/VIH étaient coordonnées par la Sous-commission nationale TB/VIH, puis, à partir de 2007, par le GTT qui a été créé. Chaque centre national a désigné un coordinateur national TB/VIH pour gérer la collaboration au quotidien. Il y a des réunions régulières de la Commission Continuité des soins au niveau des circonscriptions sanitaires provinciales pour la coordination des activités dans les établisse-

ments de soins et les communautés. Les responsables Sida provinciaux et les superviseurs TB participent aux réunions Continuité des soins aux côtés de représentants des ONG et des PV VIH, et organisent des réunions régulières de coordination TB/VIH. Dans les hôpitaux de référence, comme celui de Maung Russey, les activités TB/VIH sont intégrées et tous travaillent en une seule équipe.

Les ONG internationales et locales et les agences de l'ONU travaillent en lien étroit avec le CNV-D-MST et le PNLT et en tant que membres du GTT TB/VIH. Chaque centre national a des plans de travail conjoints, depuis les circonscriptions opérationnelles jusqu'au niveau national, qui comprennent une participation active des partenaires. Au niveau national, le GTT coordonne le plan de travail TB/VIH.

Le PNLT et le CNV-D-MST soutiennent et alimentent en permanence les circonscriptions sanitaires provinciales, les circonscriptions opérationnelles, les HR et les dispensaires pour la réalisation des activités TB/VIH. Le personnel médical TB et VIH est formé à l'usage des modules de prise en charge TB/VIH. Le soutien financier vient de plusieurs projets du Fonds mondial, du gouvernement américain (USAID et CDC), de la Banque mondiale, de l'Agence japonaise de coopération internationale et des agences des Nations unies.

- **Suivi-évaluation (S-E) :** Les deux programmes ont aménagé leurs systèmes de S-E pour saisir les données nécessaires aux indicateurs TB/VIH. Le PNLT suit les indicateurs des centres de DVC chez les tuberculeux, et les données TPC et ARV. Le CNV-D-MST, lui, suit les indicateurs de dépistage de la TB chez les PV VIH (recherche intensive des cas de TB), et les données TPI. Actuellement, les superviseurs TB des circonscriptions opérationnelles et des circonscriptions sanitaires provinciales collectent les données de tous les indicateurs et les transmettent au PNLT. À Battambang, la circonscription sanitaire provinciale analyse et utilise régulièrement les données sur les activités TB/VIH pour l'amélioration du programme et pour la planification.
- **Couverture des services :** Pour la TB, les prestations TBDSD sont fournies dans chacun des 69 HR et dans 870 dispensaires des 76 circonscriptions opérationnelles. La plupart des dispensaires transfèrent les échantillons d'expectorations aux HR pour diagnostic. Si les résultats sont positifs, les patients sont placés sous TBDSD dans un dispensaire ou dans un centre communautaire de TBDSD.

Les services de lutte contre le VIH/Sida sont assurés dans 51 centres « Infections opportunistes et traitements aux ARV » (IO/TARV) dans 51 circonscriptions opérationnelles et 217 centres CDV répartis dans l'ensemble du pays. Les patients qui se présentent et ceux aiguillés par un autre service bénéficient d'un DVC et, si les patients sont séropositifs, ils sont dirigés sur les centres IO/TARV pour analyses complémentaires, prophylaxie et traitement. Les POS accordent une grande importance au dépistage de la TB chez les PV VIH lors de la 1^{ère} visite et lors des visites de suivi. Le kit de dépistage de la TB comporte la notation des antécédents dans le cas de symptômes suspects, examen médical, frottis d'expectorations, radiographie pulmonaire et échographie abdominale, si nécessaire. La culture des expectorations n'est pas pratiquée régulièrement. Pour les PV VIH ayant une TB inactive, il y a trois centres IO/ARV qui offrent la TPI en tant que centres pilotes. Deux d'entre eux sont dans la province de Battambang.

À Battambang, quatre HR fournissent soins et traitements aux PV VIH, en liaison avec 72 (sur 75) dispensaires et avec des services de Soins à domicile (SàD) gérés par des ONG et des associations communautaires. En 2008, 729 séropositifs détectés par les centres de DVC ont été aiguillés sur un

centre de dépistage de la TB. Parmi eux 713 (97,8%) ont été dépistés dans les centres IO/ARV des 4 hôpitaux, et dans 163 des cas (22,9%) une TB active a été détectée et a fait l'objet d'une TBDSD ; 44 (6,2%) de ces patients ont entrepris une TPI dans les hôpitaux de référence de Battambang et Maung Russey.

Au niveau national, il y a 68 circonscriptions opérationnelles mettant en œuvre des activités TB/VIH. Les soignants de plus de 700 dispensaires ont appris à envoyer soit les tuberculeux (Option 1) soit un échantillon de leur sang (Option 2) aux centres de CDV, conformément aux POS. Pour l'Option 2, le personnel des dispensaires a reçu la formation nécessaire pour donner des conseils avant et après le test, et pour aiguiller les séropositifs tuberculeux vers les centres fournissant d'autres prestations. Les partenaires prennent en charge les frais de transport pour les Options 1 et 2 parce que la plupart des tuberculeux n'en ont pas les moyens. Dans 51 centres IO/ARV, les tuberculeux détectés sont aiguillés vers des centres de CDV.

- **Intégration des services au niveau des structures sanitaires et des soins à domicile (SàD).** Les services TB et VIH sont intégrés dans 51 circonscriptions opérationnelles et dans les centres IO/ARV de 51 HR. Dans certains centres IO/ARV, les médecins et infirmiers TB et VIH forment une seule équipe (par exemple à l'hôpital Maung Russey, à Battambang). Les tuberculeux détectés dans les hôpitaux ou transférés par les dispensaires et les équipes de soins à domicile sont conseillés et testés pour le VIH. Les tuberculeux peuvent refuser d'être testés. De même, il est recommandé aux centres IO/ARV de dépister la TB chez les PV VIH, puis d'assurer des visites de suivi. Tous les patients TB/HIV doivent bénéficier de la TPC, et pris en considération pour une éventuelle TARV. Il est demandé aux patients de se faire soigner à domicile par une ONG fournissant des SàD en liaison étroite avec le personnel médical de l'hôpital. Les équipes de SàD font des visites à domicile pour veiller au respect des protocoles et assurer un soutien social.
- **DCIP dans les hôpitaux et les dispensaires.** Le PNLT et le CNV-D-MST ont mis en place un système d'aiguillage qui permet aux patients tuberculeux de se rendre aux centres de CDV avec prise en charge par les partenaires des frais de transport des patients ou des échantillons de sang. Ce système fonctionne bien dans certaines zones, et le taux d'acceptation des tuberculeux est passé de 10,6 % à 72,1 % en deux ans.

Enseignements tirés

- L'engagement des deux programmes nationaux TB et VIH/Sida est le facteur le plus important en ce qui concerne les activités collaboratives TB/VIH.
- La clarification des rôles de chaque programme national a assuré le soutien technique, financier et logistique de ceux qui sont chargés de la mise en œuvre au niveau des provinces et des circonscriptions.
- La coordination avec les partenaires à tous les niveaux est cruciale pour la poursuite et l'amélioration des activités TB/VIH.
- Une planification partant de la base et incluant tous les partenaires permet de déterminer les déficiences et les priorités pour les deux programmes nationaux ainsi que pour les partenaires internationaux ou locaux.
- Les partenaires internationaux et locaux (ONG, associations locales, groupements de PV VIH, agences de l'ONU et donateurs) jouent aussi un rôle capital du point de vue des concours techniques et du soutien financier.

- L'approche « Continuité des soins » pour les activités TB/VIH a assuré la qualité et l'exhaustivité des soins depuis le niveau des structures sanitaires jusqu'à celui des collectivités locales, et a permis aux PV VIH et aux tuberculeux de se prendre en charge.

Kenya

par Amos Kutwa, *KNCV Tuberculosis Foundation*

Contexte national. Le Kenya est un pays d'Afrique de l'Est peuplé de 39 millions d'habitants.⁹ Son taux de croissance démographique annuel est de 2,7 % et sa superficie est de 582.650 km². Il est divisé en 8 provinces administratives et en 254 circonscriptions. Le secteur de la santé relève du ministère des Services médicaux et du ministère de la Santé publique et de l'assainissement (MSP&A).

Situation concernant le VIH/SIDA. La surveillance sentinelle montre que l'épidémie a progressé : partant de 5,1 % en 1990, atteignant une pointe en 2000 puis retombant à 6,9 % en 2005. En 2007 on estimait à 1,4 million le nombre des Kenyans vivant avec le VIH. La prévalence VIH était de 7,4 %¹⁰ chez les 15–64 ans. La prévalence était plus élevée chez les femmes (8,7%) que chez les hommes (5,6%). Les 901 centres de CDV enregistrés ont testé 850.097 personnes pour le VIH en 2007, dont 95.428 (11,2%) étaient séropositifs. En 2009, 498.682 PV VIH étaient sous ARV.¹¹

Situation concernant la tuberculose. En 2008, 110.251 cas de tous les types de TB ont été rapportés, en diminution de 5 % par rapport à 2007, dont 38.811 (32%) étaient de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire (TBP) à frottis positifs. Le taux de notification de toutes formes de TB était de 288 pour 100.000 habitants.¹² Le taux de détection des nouveaux cas de TBP à frottis positifs est de 72 %, et celui des cas de toutes formes de TB est de 80 %.¹³ Une augmentation exponentielle des cas de TB a été rapportée¹⁴ entre les années 90 et la pointe de 2008, ce qui est imputé à la co-infection TB/VIH. Le taux de réussite du traitement anti-TB en 2007 était de 85,2 % pour les nouveaux cas de TBP à frottis positifs (n=38.360), 79 % pour les cas de reprise de traitement de TBP à frottis positifs (n=3.945), de 82 % pour les nouveaux cas de TBP à frottis négatifs (n= 42.852), et de 80 % pour les cas de TB non pulmonaire (n=18.032).

Mise en œuvre des activités collaboratives TB/VIH.

- **Situation actuelle.** La Division lèpre, tuberculose et maladies respiratoires (DLTMR) et le Programme national de lutte contre le Sida et les MST (PNLSM) travaillent en liaison étroite, et ont désigné des responsables pour les activités collaboratives. Tous les services anti-TB fournissent les prestations DVC et TPC, et envoient les patients TB co-infectés aux services d'antirétroviraux. De même, le Centre de soins intégré (CSI) dépiste la TB chez les PV VIH. En 2008, le programme TB a testé 91.508 (83%) tuberculeux pour le VIH, sur 110.251 cas de TB rapportés. Sur l'ensemble des cas testés TB, 41.179 (45%) étaient également séropositifs. Le DVC pratiqué chez les tuberculeux a progressé régulièrement, passant de 20 % en 2004 à une pointe de 83 % en 2008.¹⁵ ; 12.426 (31%) patients co-infectés sont sous ARV et 37.757 (94%) des patients TB/HIV bénéficient de la thérapie préventive au cotrimoxazole ; 20 % des PV VIH ont été dépistés pour la TB en 2008.

⁹ Kenya People 2009. http://www.theodora.com/wfbcurrent/kenya/kenya_people.html Source : 2009 CIA World Factbook.

¹⁰ Kenya Aids Indicator Survey, 2007.

¹¹ PNLSM, données non publiées pour 2009.

¹² Rapport annuel 2008, DLTMR, Ministère de la Santé publique et de l'Assainissement.

¹³ Lutte mondiale contre la TB : Rapport sur la Santé mondiale, 2009.

¹⁴ Rapport mondial sur la TB, OMS 2009.

¹⁵ Rapport annuel 2008, DLTMR.

Réalisations

- **Stratégie et directives officielles.** La DLTMR a adapté le cadre du groupe de travail TB/VIH de l'OMS pour élaborer ses directives sur le dépistage et le conseil dans les centres de soins, ainsi que son programme de formation aux activités collaboratives TB/VIH, notamment DTC, TARV et TPC. Toutes les personnes travaillant dans les services de la DLTMR fournissent les prestations DVC dans tous les centres anti-TB du pays. Le résultat est que 83 % des tuberculeux enregistrés en 2008 ont été testés VIH ; 45 % étaient séropositifs ; 93 % des patients co-infectés ont bénéficié de la TPC et 31 % ont été mis sous TARV.
- **Mécanismes de coordination.** Le Comité technique TB/VIH constitué par le directeur des Services médicaux en 2002 réunit les organismes suivants : OMS, CDC, USAID, KNCV, African Medical and Research Foundation, FHI, MSH, DLTMR (Secrétariat), PNLSM, PATH, ainsi que plusieurs organisations de la société civile. Ce partenariat a joué un rôle crucial de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la collaboration TB/VIH. Le nombre de partenaires des patients (et autres personnes en contact) qui ont subi un dépistage a augmenté : 5.296 partenaires de séropositifs tuberculeux ont été testés pour le VIH. Pour le soutien nutritionnel, en 2008, 1.483 co-infectés VIH/TB ont reçu un soutien nutritionnel de la DLTMR.
- **Leadership et partenariat.** Le directeur provincial de la SP&A de la Province centrale supervise le processus d'intégration des services de soins TB/VIH et préside le Comité TB/VIH, qui comprend le coordinateur provincial TB (secrétaire), le coordinateur provincial Sida, le responsable provincial des soins infirmiers, le responsable provincial de la santé publique, et des représentants des ONG et des patients co-infectés TB/VIH. Toutes les circonscriptions doivent constituer un tel comité des parties prenantes, tenir des réunions trimestrielles, inviter toutes les parties prenantes et établir des plans annuels conjoints. En conséquence, tous les services anti-TB de la Province centrale assurent le DVC. Les programmes TB et VIH/Sida mettent en commun leurs ressources et effectuent des super-visions conjointes dans les circonscriptions.

Le directeur médical de l'hôpital de Karatina, dans la Province centrale, sous l'autorité du directeur provincial de la SP&A, supervise le processus d'intégration des services de soins TB/VIH au moyen de réunions hebdomadaires et mensuelles au cours desquelles les ressources nécessaires aux services intégrés TB/VIH sont réparties entre les programmes TB et VIH.

Les hôpitaux de Karatina et Kericho ont de solides partenariats avec le Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le Sida (PEPFAR) et USAID. Ces partenariats se sont traduits par la fourniture de ressources humaines, financières et matérielles pour l'intégration TB/VIH. Des réunions des partenaires se tiennent avec le personnel médical tous les trimestres pour examiner les progrès réalisés, détecter les difficultés et s'efforcer de trouver des solutions locales pour les divers obstacles.

- **Services intégrés TB/VIH.** La DLTMR du ministère de la Santé fournit des services de soins TB et VIH qui sont partiellement ou totalement intégrés dans presque tous les dispensaires et hôpitaux du pays. Le modèle partiellement intégré se rencontre dans les centres hospitaliers provinciaux de Nakuru et Nyer. Dans le modèle totalement intégré, les services TB/VIH se trouvent dans le même bâtiment ou dans le même centre de santé, et les prestations sont fournies soit par la même équipe médicale soit par un seul prestataire de soins. Ce modèle se rencontre dans les hôpitaux de circonscription de Kericho et de Karatina et à l'hôpital privé d'Unilever, ainsi que dans les centres de santé de Sagana et de Sisiot.

- **Suivi et évaluation du programme.** Voici ce qui est fait dans les différents domaines :
 - **Indicateurs TB/VIH révisés de l'OMS :** Le système de surveillance TB utilise les indicateurs TB/VIH révisés de l'OMS et saisit toutes les données TB requises, y compris les données TB/VIH. Le PNLSM utilise un SIGS. Les deux systèmes saisissent les données les plus importantes pour les activités collaboratives.
 - **Liaisons entre les données TB et VIH :** Les deux programmes ont la possibilité d'accéder mutuellement à leurs rapports (rapports annuels de la DLTMR et rapports occasionnels « Sida au Kenya ») si besoin est, mais ne se communiquent pas systématiquement leurs rapports.
 - **Système de feedback :** La DLTMR tient des réunions trimestrielles de revue dans toutes les provinces et des réunions semestrielles au niveau national. Le PNLSM ne tient pas de réunions de revue. La DLTMR produit et diffuse régulièrement des rapports annuels. Le MdS vient de commencer à publier des rapports annuels sur tous les programmes.
 - **Qualité des données :** Les données de la DLTMR sont de bonne qualité. Elles comprennent les données TB/VIH, les informations tirées des cas, et les résultats de traitements des patients. Les données peuvent être ventilées par sexe, âge, type de TB, circonscription et province.
 - **Supervision :** Les deux programmes assurent une supervision de soutien à l'échelon périphérique. Le service central de la DLTMR fait des visites de contrôle dans les circonscriptions au moins une fois par an ; le PTLC et la DTLC font des visites trimestrielles.
 - **Qualité des soins :** Le CSI est doté de nombreux cadres travaillant sous l'autorité d'un médecin-chef, lequel supervise également les services anti-TB en tant que président des réunions MDT. Le spécialiste médical est consulté en cas de nécessité.

Difficultés

- Il n'y a pas ni POS ni directives pour le personnel d'une structure sanitaire en ce qui concerne la mise en œuvre des services intégrés TB/VIH.
- La DLTMR et le PNLSM ne planifient pas ensemble les activités TB/VIH. Mais, depuis l'évaluation, chaque programme a désigné des centres de liaison TB/VIH.
- Aucune règle n'est établie en ce qui concerne la TPI TB pour les PV VIH. Les directives TB conseillent d'administrer la chimiothérapie à l'isoniazide aux enfants de moins de six ans.
- Il n'y a pas de réunions régulières de concertation TB/VIH dans toutes les provinces et circonscriptions.
- Les structures sanitaires n'ont pas le personnel et les locaux nécessaires pour assurer les prestations de dépistage et de conseil, et les deux programmes ne sont pas assez engagés sur ce plan.

Meilleures pratiques pour l'intégration TB/HIV

- **Coordination**
 - Le GTT national TB/VIH a une mission claire et tient des réunions régulières avec des représentants des programmes TB et VIH et de leurs partenaires.

- Le forum des parties prenantes de la Province centrale se réunit trimestriellement ; il est présidé par le directeur provincial de la SP&A. Toutes les parties prenantes TB et VIH y assistent.
- Dans la Province centrale, des résultats positifs ont été atteints grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans conjoints annuels, à la mise en commun des maigres ressources et à l'intégration de ces plans conjoints dans les plans globaux annuels respectifs.
- La DLTMR élabore des directives TB/VIH, des directives pour le DTC et des programmes de formation ; elle accroît les possibilités du programme pour la collaboration TB/VIH à tous les niveaux.
- La DLTMR a modifié ses instruments de surveillance pour mieux saisir les données TB/VIH, et les indicateurs TB/VIH sont inclus dans tous les instruments de S-E.
- Le SIGS du PNLSM a adopté un état qui présente un sommaire des données sur les soins VIH, et qui inclut les indicateurs TB.

▪ **Prestation des services**

- La DLTMR forme tous les coordinateurs TB à l'intégration TB/VIH, et fournit les services de DVC dans tous les centres de diagnostic.
- Les hôpitaux de circonscription de Karatina et de Kericho ont des équipes enthousiastes qui ont établi des services complets de prestations TB/VIH à « guichet unique ». Ils testent presque tous les tuberculeux : près de 100 % de ceux dont le test est positif bénéficient de la TPC, et 50 % sont mis sous TARV.
- Les centres de santé de Sagana et de Sositot ont établi des services TB/VIH « guichet unique ».

Enseignements tirés

- Il est important d'avoir un cadre directeur clairement énoncé, et de disposer de ressources suffisantes pour élaborer les directives et POS permettant de mener à bien l'intégration TB/VIH au niveau des structures sanitaires.
- La sensibilisation des cadres du MdS à l'intégration TB/VIH nécessite des structures, des formations et des moyens de persuasion.
- C'est au moyen d'une planification conjointe partant de la base que l'on peut déterminer à quel sujet et dans quels domaines un soutien est nécessaire, depuis les centres de soins jusqu'au niveau national. L'instrument MOST créé pour la TB/VIH par *Management Sciences for Health*¹⁶ a facilité la planification de l'intégration.
- Les partenaires jouent un rôle important de mobilisateurs de ressources et de catalyseurs de l'intégration TB/VIH.
- L'élaboration d'indicateurs TB/VIH nécessite que les deux programmes se consultent.
- L'intégration des programmes exige des ressources humaines suffisantes aux niveaux du pays, des provinces et des circonscriptions, et l'esprit d'équipe aide beaucoup au travail.

¹⁶ Management Sciences for Health. *Management and Organizational Sustainability Tool for National TB Control Programs (MOST for TB)*.2009.

- La décentralisation des TARV est cruciale pour l'intégration des services TB/VIH.
- Les programmes doivent inciter les groupements locaux à trouver des solutions locales, et incorporer les initiatives locales fructueuses et dotées de financements suffisants.
- Il faut créer des forums où l'on puisse continuellement faire part à tous des meilleures pratiques.

Malawi

par Eliud Wandwalo, *Management Sciences for Health*

Contexte national. Le Malawi se trouve en Afrique du sud-est et confine avec la Zambie au nord-ouest, avec la Tanzanie au nord-est et avec le Mozambique au sud, au sud-est et au sud-ouest. On estimait sa population à 14 millions en 2008, dont la grande majorité (86%) vit dans des zones rurales. L'agriculture est la principale activité et représente environ 90 % des recettes d'exportation. Environ la moitié de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté, et en 2008 le PIB par habitant était estimé à 299 USD.

Le système de santé. En 2004, le gouvernement a adopté une Approche sectorielle généralisée, comme mécanisme permettant de distribuer le « Kit de santé essentiel » dans le cadre d'une décentralisation par circonscription. Le kit visait à améliorer la qualité technique et l'efficacité de la prestation des soins, à assurer une couverture universelle des services de santé et à fournir des interventions au meilleur prix pour faire face à la charge de morbidité du pays. Malgré le succès de ce système, le secteur de la santé affronte de nombreuses difficultés, et en premier lieu la forte prévalence du VIH et de la tuberculose.

Situation concernant le VIH/Sida. Le Malawi fait partie des pays lourdement affectés par l'épidémie jumelée de VIH/Sida. Le premier cas de Sida au Malawi a été déclaré en 1985. Les taux de VIH ont rapidement augmenté dans les années 90. Sur un échantillon de femmes enceintes fréquentant des centres de soins prénataux dans la zone urbaine de Blantyre, le taux de VIH est passé de 2,6 % en 1986 à plus de 30 % en 1998, pour diminuer légèrement à 28,5 % en 2001. Le taux de prévalence s'est stabilisé autour de 2003, et en 2007 il était estimé à environ 14 % de la population, une nette baisse par rapport aux taux élevés des années 90. L'espérance de vie à la naissance s'est réduite à 40 ans au Malawi, alors qu'elle était, estime-t-on, de 48 ans au début des années 90, et ce en raison, essentiellement, de l'épidémie de VIH/Sida.

Au Malawi, l'infection par le VIH se transmet surtout par les rapports hétérosexuels. Les taux d'infection diffèrent selon les sexes, les femmes étant plus affectées (au niveau national, 13,3% des femmes sont infectées contre 10,2% des hommes). La prévalence du VIH au Malawi s'accroît avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes, le maximum étant atteint dans la tranche d'âge des 30–34 ans. Dans toutes les tranches d'âge avant 30 ans et après 40 ans, les femmes sont plus touchées que les hommes. La disparité entre les taux d'infection urbains et ruraux est également importante : 17,1 % des urbains sont infectés contre seulement 10,8 % des ruraux. La prévalence de l'infection VIH varie selon les régions, allant de 17,6 % dans les plus affectées, dans le nord du pays, à 6,5 % dans les régions les moins touchées.

Les estimations actuelles de la morbidité VIH, basées sur les prévisions des naissances et les estimations démographiques, indiquent qu'environ 100.000 nouveaux cas surviennent chaque année au Malawi. Il y a environ 930.000 personnes vivant avec le VIH au Malawi, dont 440.000 femmes et 91.000 enfants (de 15 ans ou moins). Les projections de la Surveillance VIH nationale estimaient que, en 2005, il y avait eu environ 86.592 décès liés au Sida.

L'épidémie de VIH/Sida au Malawi a surchargé le système de santé et aggravé la dramatique insuffisance des ressources humaines du secteur sanitaire. Le ministère de la Santé estime que le personnel médical est insuffisant dans presque toutes les catégories.

Situation concernant la tuberculose. De plus, le VIH/Sida est à l'origine d'une épidémie de tuberculose au Malawi. Le nombre des cas de TB déclarés a été multiplié par cinq, passant de 5.300 cas en 1986 à 27.610 cas en 2005, largement en raison du VIH/Sida. En 2000, une enquête sur les cas de VIH parmi les tuberculeux a montré qu'environ 77 % des tuberculeux étaient aussi séropositifs. Les données recueillies régulièrement au cours des quatre dernières années montrent que le taux moyen de séropositivité des tuberculeux est constamment d'environ 70 %.

Le VIH/Sida affecte d'autre part la lutte contre la TB en augmentant le taux d'insuccès des traitements. Entre 1987 et 2001, le taux de guérison de la TB parmi les nouveaux cas de TB à frottis positifs s'est abaissé de 90 % à 67 %, essentiellement du fait du taux élevé de décès (maximum 22% en 1998) qui résultait de la forte prévalence VIH parmi les patients tuberculeux ; ceci rend difficile d'atteindre l'objectif mondial d'un taux de guérison de 85 %.

Mise en place des activités collaboratives TB/VIH

- **Situation actuelle.** Le Malawi est parmi les rares pays qui avaient des programmes pilotes et qui ont commencé tôt la mise en place d'interventions collaboratives TB/VIH, après la prise de conscience de l'étroite association entre ces deux maladies et de l'effet dévastateur de la double épidémie. Les activités TB/VIH ont commencé comme projet pilote en 1999 dans le cadre du projet ProTEST coordonné par l'OMS. Lorsque le projet s'est terminé en 2002, le Ministère a élaboré un plan de trois ans pour la mise en place de services conjoints de prestations TB et VIH.
- **Réalisations.** Depuis lors, le pays a fait d'énormes progrès dans la mise en place des activités TB/VIH intégrées. En 2007, environ 86 % de tous les tuberculeux étaient testés pour le VIH et environ 90 % des patients TB/HIV bénéficiaient de la TPC, tandis que 28 % d'entre eux étaient sous TARV. En outre, un plus grand nombre de PV VIH étaient sous TARV, et les services avaient été décentralisés de façon à fonctionner dans un plus grand nombre de structures sanitaires. En mars 2009, un total de 158.137 personnes étaient sous TARV dans plus de 233 centres de traitement dans le pays.

Meilleures pratiques pour l'intégration des services TB et VIH/Sida

- Trois modèles de mise en œuvre de l'intégration TB/VIH ont été trouvés au Malawi : (1) le modèle intégré selon lequel les prestations TB et VIH/Sida sont fournies sous le même toit par le même personnel médical selon le principe du « guichet unique », (2) le modèle partiellement intégré dans lequel les services TB et VIH/Sida sont synchronisés pour les patients co-infectés TB/HIV et (3) le modèle des services TB et VIH/Sida indépendants mais reliés par un système d'aiguillage des patients. Ce dernier modèle est le plus courant au Malawi, mais c'est le modèle intégré qui a enregistré les meilleurs résultats. Au 3ème trimestre 2008, environ 63 % des patients TB/HIV prenaient des antirétroviraux à l'hôpital central de Zomba – où le modèle intégré est en place – contre seulement 25 % à l'hôpital de circonscription de Nchinji où les services anti-TB et anti-VIH/Sida sont séparés.
- Le Malawi a profité de l'expérience faite pour la tuberculose avec la thérapie TBDSD, pour mettre au point et amplifier rapidement un programme TARV. Les principes de la stratégie TBDSD, mise en œuvre avec succès au Malawi au cours des années, ont été utilisés pour élaborer le programme TARV. Ce système a l'avantage essentiel de fournir les traitements à une plus grande partie de la population tout en rendant les principes et la pratique de la distribution des ARV aussi simples que possible. En mars 2009, la TARV était pratiquée dans 233 centres de santé du le pays, et un total de

158.137 personnes étaient sous TARV. La rapide multiplication du nombre de centres TARV dans le pays offre davantage de possibilités à l'intégration des services TB/VIH aux niveaux inférieurs.

- Les médecins responsables TB des circonscriptions de Zomba et Mangochi ont trouvé une façon innovante de surmonter le problème de la sous-déclaration des cas de TB/VIH. Cette sous-déclaration des cas de TB/VIH est un défi pour de nombreux programmes antituberculeux, et provient du système actuel de comptage par cohortes trimestrielles ; en effet certains tuberculeux ne sont pas déclarés parce qu'ils n'ont pas encore eu accès aux prestations anti-VIH/Sida, tels que la TARV, au cours de la période couverte par la déclaration. Les responsables TB ont conçu un système de décalage d'un trimestre pour la déclaration des données TB/VIH, ce qui donne le temps aux patients d'avoir accès aux soins anti-VIH.
- Les activités TB et VIH/Sida sont intégrées dans les collectivités locales. Ces interventions comprennent : traitements anti-TB et fourniture d'antirétroviraux ; recherche des contacts des tuberculeux ; collecte et transport des expectorations de la communauté à une structure sanitaire ; éducation et sensibilisation des communautés à la co-infection TB/VIH ; promotion du dépistage du VIH ; intégration des activités TB/VIH dans les autres actions communautaires telles que les programmes de prise en charge et d'éducation des orphelins, la formation professionnelle et les travaux d'autofinancement.
- Le Malawi a un registre TB/VIH qui est simple et facile à utiliser. Il a été conçu pour aider à mieux suivre les patients et à progresser en direction des objectifs TB/VIH. Le système permet par ailleurs une analyse de la contribution relative des programmes TB et VIH/Sida aux indicateurs TB/VIH. Ainsi est-il possible, en utilisant ce registre, de savoir combien de tuberculeux ont été testés pour le VIH ou sont sous ARV avant, pendant et après le traitement anti-TB.
- Le Malawi a un sous-groupe TB/VIH qui est actif au niveau national et qui coordonne et assure la supervision de la mise en œuvre des activités TB/VIH. Ce sous-groupe a renforcé le partenariat et permis d'utiliser au mieux les ressources, ce qui a permis une rapide extension des activités TB/VIH dans le pays.

Rwanda

par Claire Moodie, *Management Sciences for Health*

Contexte national. Le Rwanda est un pays d'Afrique centrale d'environ 9,3 millions d'habitants. Bien que 90 % vivent dans des zones rurales, 78 % ont accès à un dispensaire à moins de cinq kilomètres de leur domicile. En 2008, l'espérance de vie moyenne était de 58 ans ; le taux de mortalité infantile était de 77 pour 1.000 naissances vivantes.¹⁷

Situation concernant le VIH/Sida. Bien que le Rwanda ne soit pas aussi touché que de nombreux autres pays africains, le VIH/Sida y reste un sérieux défi. Il y a actuellement 190.000 personnes vivant avec le VIH au Rwanda ; la prévalence VIH chez les adultes est de 2,8 % (2008). En 2008, le CDV était fourni dans 60 % des centres de santé (n=329), les prestations de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) dans 56 % des centres (n=309) et les ARV étaient fournis gratuitement dans 38 % des établissements de soins (n=209).

Situation concernant la tuberculose. En 2008, 7.841 nouveaux cas de TB ont été enregistrés, et la prévalence globale était d'environ 100 pour 100.000.¹⁸ En 2008, l'OMS estimait que l'incidence de la TB au Rwanda était de 390 pour 100.000 personnes. Le taux de réussite du traitement, en 2006, était de 86 %.¹⁹

Mise en place des activités collaboratives TB/VIH. De façon générale, le Rwanda a fait des progrès importants et remarquables, procédant en un temps relativement court à l'intégration des services TB/VIH. En février 2005, le ministère de la Santé, les Programmes nationaux TB et VIH (PNTBVIH), le Fonds mondial, le Centre international des programmes de traitement et de soins du Sida (CIPTSS) et d'autres chefs de file ont créé un groupe de travail TB/VIH. Une ligne d'action pour l'intégration TB/VIH (avec calendrier des objectifs à atteindre) a été élaborée sur la base des directives de la politique provisoire de l'OMS. En cette même année, le CIPTSS a travaillé avec le Programme national de lutte contre le paludisme et le Programme national rwandais de lutte contre la tuberculose pour établir deux centres modèles pour les services intégrés TB/VIH. Ces centres, visant à tester et documenter des stratégies innovantes et efficaces d'intégration TB/VIH, ont mis en œuvre un système « guichet unique », qui a ensuite été adopté, en 2007, en tant que stratégie nationale.

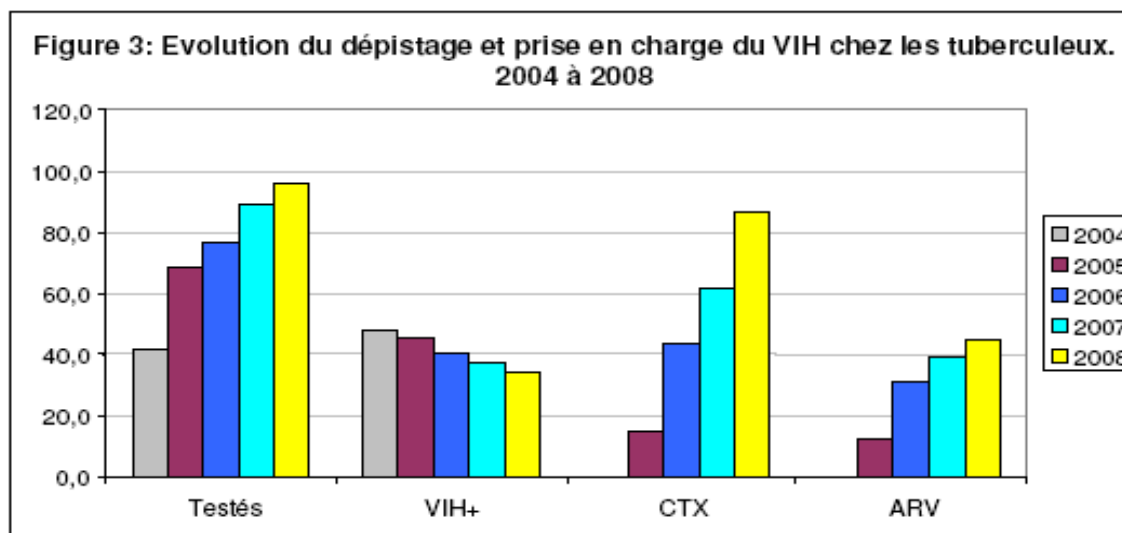
Situation actuelle. À la fin de 2008, les prestations CDV étaient fournies dans 85 % des services TB, et les ARV étaient distribués dans 78 % d'entre eux. Dans l'ensemble du pays, en 2008, 96 % des patients tuberculeux ont été testés pour le VIH, et 34 % d'entre eux étaient séropositifs. Le traitement préventif au cotrimoxazole a été administré à 87 % des patients co-infectés, et environ 40 % ont également pris des ARV, lesquels étaient alors donnés aux patients ayant une numération des CD4 inférieure à 350. Le graphique de la Figure 1 montre la rapidité de l'amélioration pour chacun de ces indicateurs.

¹⁷ Statistiques sanitaires mondiales 2010 : Organisation mondiale de la santé. 2010.

¹⁸ Rapport d'activités de l'année 2008 : Programme national intégré de lutte contre la lèpre et la tuberculose (PNILT). Février 2009.

¹⁹ Base de données mondiale sur la tuberculose, 2006 : Organisation mondiale de la santé, juin 2010.

Graphique 1 : Évolution du dépistage et prise en charge du VIH chez les tuberculeux au Rwanda (2004 à 2008)



Source : Fonds mondial. « Rwanda. Étude de cas sur le programme antituberculeux ». 2007. (communiqué par le PNILT, 16 juin 2009).

Réalisations. Le système « guichet unique » pour le traitement et les soins a permis de fournir aux patients TB-VIH les services suivants :

- Dépistage du VIH chez les tuberculeux dans les services TB (à l'initiative du personnel médical) ;
- Traitement et soins des patients co-infectés dans les services TB. TBDS, cotrimoxazole, TARV (si nécessaire) et énumération des CD4 se font au même endroit (le service TB) ;
- Les patients séropositifs sont ensuite accompagnés et transférés au service VIH à la fin du traitement anti-TB pour la poursuite de leurs soins et traitements anti-VIH ;
- Dépistage systématique de la TB chez tous les séropositifs lors des rendez-vous au service (cinq questions posées) ;
- Recherche des contacts des patients TB, au moyen de visites à domicile ainsi que de tests VIH ou de dépistage TB pour les membres de la famille.

Difficultés. Au Rwanda, la décentralisation est parvenue à transférer du niveau national à celui des circonscriptions un bon nombre de responsabilités et de tâches de supervision dans le domaine de la santé publique, mais les services concernés, dans les circonscriptions, se voient confier des tâches et des responsabilités sans avoir toujours le personnel supplémentaire nécessaire. Bien que l'intégration TB/VIH n'exige aucune augmentation du personnel, les employés des services sont parfois tiraillés entre leurs tâches originelles et celles résultant de la décentralisation.

Meilleures pratiques pour l'intégration des activités TB et VIH

Le Rwanda a démontré qu'une rapide extension de l'intégration des services de soins TB/VIH est possible. Le soutien politique et financier a joué un rôle décisif, mais d'autres facteurs ont été importants pour la réussite de l'intégration TB/VIH dans ce pays : collaboration étroite entre partenaires, gestion structurée et organisée du processus, dévouement personnel à tous les niveaux. Voici les meilleures pratiques rwandaises d'intégration TB/VIH :

- **L'engagement et le soutien des pouvoirs publics** ont été extrêmement importants pour la réussite de l'intégration des Programmes TB et VIH. Le gouvernement rwandais a reconnu que la relation entre tuberculose et VIH était une question prioritaire pour la santé publique et a agi rapidement pour s'attaquer au problème. Des fonds extérieurs considérables ont certes été engagés, mais le Rwanda lui-même s'est « engagé à honorer la déclaration des chefs d'État africains visant à porter à 15 % la part des dépenses du secteur sanitaire dans les dépenses publiques, et a effectivement fait passer son budget santé de 5,2 % à 12 % du budget total entre 2002 et 2008 ».²⁰
- **Des textes essentiels ont été élaborés et mis en application** pour l'intégration TB/VIH, et le gouvernement a notamment émis une politique officielle concernant les activités collaboratives TB/VIH. Un Manuel relatif à la mise en place des services intégrés TB/VIH a été publié. En outre d'autres documents d'une grande importance comportent des sections consacrées à l'intégration TB/VIH : Manuel national TB, Manuel national VIH/Sida ; Procédures et directives concernant la lutte contre les maladies infectieuses et le traitement de la tuberculose multi-résistante. Ces documents sont disponibles à la fois au niveau national et à celui des circonscriptions, et ils sont mis à jour tous les deux ans.
- **La mise en place et le pilotage de deux centres modèles** pour un service « guichet unique » a servi de base et justifié l'effort entrepris pour une extension à l'échelle nationale. L'intégration des soins TB/VIH ne s'est pas faite du jour au lendemain, mais a été testée, évaluée et modifiée pour mieux atteindre les objectifs de l'intégration TB/VIH au Rwanda.
- **Le système de service « guichet unique »** place le patient en premier, accueillant les tuberculeux et les patients co-infectés et protégeant les tuberculeux et les séropositifs d'une surinfection. Ce modèle intègre vraiment la totalité des soins TB & VIH pour les patients co-infectés.

Enseignements tirés de l'expérience du Rwanda

Le Programme national de lutte contre le paludisme et les programmes nationaux TB et VIH ont des budgets spécifiques pour les activités TB/VIH. Cela renforce la coopération financière et l'engagement réciproque, ce qui évite que l'un des programmes ait à financer toutes les activités TB/VIH. Bien qu'il y ait des budgets distincts, les programmes s'efforcent de mettre en commun leurs ressources quand c'est possible.

- En 2005, un groupe de travail sur l'intégration TB/VIH a été mis en place. Il se réunit régulièrement depuis lors. Il se compose de représentants du Programme national de lutte contre le paludisme, des PNTB et PNVIH, du CIPTSS, de l'OMS et d'autres acteurs décisifs de l'intégration des services TB/VIH. Ce groupe conseille et guide le Programme national de lutte contre le paludisme et les

²⁰ Fonds mondial. "Rwanda. Étude de cas sur le Programme TB." 2007 ; (communiqué par le PNILT, 16 juin 2009).

PNTB et PNVIH pour l'amélioration des travaux d'intégration, et assure une planification annuelle de la coordination des activités de tous les donateurs et partenaires.

- Le caractère décentralisé du système de santé du pays a permis une intégration plus rapide et plus forte. Le processus de formation, les lignes de communication et le suivi-évaluation ont été restructurés et simplifiés, la coordination n'ayant plus à passer par un niveau régional ou provincial.
- Les réunions trimestrielles tenues dans chaque circonscription ont amélioré la performance au niveau des circonscriptions et à celui du pays. En outre, le système du financement basé sur les réalisations est normalement pratiqué par le personnel des services TB et VIH dans tous les centres de santé, ce qui contribue encore à l'amélioration des programmes.
- Le dépistage TB chez les séropositifs est pratiqué couramment dans les services VIH lors de chaque visite. Les cinq grandes questions du dépistage sont fréquemment affichées dans les services VIH, et sont ainsi consultées facilement ; une affiche présentant le protocole opérationnel du dépistage de la TB et le processus de test pour les séropositifs s'ajoute à l'affiche sur le dépistage.
- Tous les établissements de soins du pays disposent de matériels pédagogiques, notamment bloc-notes géants et affiches. L'éducation sanitaire est un volet bien établi de la consultation pour les nouveaux patients TB et VIH. Les responsables parlent aux tuberculeux des règles à observer en ce qui concerne la toux, et également de la prévention et du dépistage du VIH, tout comme ils parlent de la TB aux séropositifs. Ils ont souvent recours aux bloc-notes géants lors de ces entretiens.
- Le service TB/VIH sous forme de « guichet unique » est une stratégie efficace pour écarter des services VIH les patients co-infectés et les éloigner ainsi des séropositifs non tuberculeux. Bien que les services anti-TB soient souvent de petite taille, ils s'efforcent d'avoir une salle d'attente aérée à l'écart des autres patients (notamment des séropositifs).

Références

- Ferroussier, Odile. "Integrating TB/HIV activities in Benin." The Union/TB CAP, 2009.
- Global Fund. "Rwanda case study on the TB Program." 2007, (communiqué par le Programme national de lutte contre le paludisme, 16 juin 2009).
- Programme conjoint des Nations unies contre le VIH/Sida (UNSIDA). "AIDS epidemic update: December, 2007." UNAIDS/07.27E/JC 1322E.
- Kutwa, Amos. "Report on documenting best practices of TB/HIV integration in Kenya." Royal Netherlands Tuberculosis Foundation/TB CAP, 2009.
- Management Sciences for Health. *Management and Organizational Sustainability Tool for National TB Control Programs (MOST for TB)*. Cambridge, MA: 2009.
- Moodie, Claire. "Tuberculosis and HIV services integration in Rwanda." Management Sciences for Health/TB CAP, 2009.
- Natpratan, Chawalit. "TB and HIV services integration in Cambodia." Family Healthy International/TB CAP, 2009.
- Coalition pour une Assistance technique contre la tuberculose. "Lessons Learned in Scaling Up TB/HIV Collaborative Activities." 2008.
- Wandwalo, Eliud. "Best practices in TB and HIV/AIDS integration in Malawi." Management Sciences for Health/TB CAP, 2009.
- Organisation mondiale de la santé. "Global Tuberculosis: Epidemiology, Strategy, Financing." Rapport 2009 de l'OMS. WHO/HTM/TB/2009.411.
- Organisation mondiale de la santé. "Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities." Genève, 2004, (WHO/HTM/TB/2004.330, WHO/HTM/HIV/2004.1).