



Organisation mondiale de la Santé

POLITIQUE ACTUELLE DE LA COLLABORATION

POUR LES ACTIVITÉS DE LUTTE

CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH



Politique actuelle de collaboration pour activités de lutte contre la tuberculose et le VIH

Département Halte à la Tuberculose et Département VIH/SIDA
Organisation mondiale de la Santé
Genève

Document préparé par Haileyesus Getahun, Jeroen van Gorkom, Antony Harries, Mark Harrington, Paul Nunn, Jos Perriens, Alasdair Reid and Marco Vitoria au nom du groupe de travail sur la politique de collaboration tuberculose/VIH pour le groupe de travail sur la tuberculose et le VIH du Partenariat mondial Halte à la Tuberculose.

Le groupe de travail sur la politique de collaboration tuberculose/VIH : Francis Adatu (Programme national antituberculeux de l'Ouganda), Karin Bergstrom (Département Halte à la Tuberculose,OMS), Leopold Blanc (Département Halte à la Tuberculose,OMS), Haileyesus Getahun (Département Halte à la Tuberculose,OMS), Peter Godfrey-Fausset (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Jeroen van Gorkom (KNCV TB Foundation, Namibie), Anthony Harries (Programme national antituberculeux de Malawi), Mark Harrington (Treatment Action Group, Etats-Unis d'Amérique), George Loth (Département Halte à la VIH/SIDA,OMS), Bess Miller (Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique), Jintana Ngamvithayapong-Yanai (TB/HIV Research Foundation, Thaïlande), Ya-Diul Mukadi (Family Health International, Etats-Unis d'Amérique), Wilfred Nkhoma (Bureau régional de l'Afrique, OMS), Paul Nunn (Département Halte à la Tuberculose,OMS) Paul Pronyk (University of Witwatersrand, Afrique du Sud), Pilar Ramon-Pardo (Bureau régional des Amériques,OMS), Jos Perriens (Département Halte à la VIH/SIDA,OMS) Alasdair Reid (Département Halte à la Tuberculose,OMS), Ying Ru-Lo (Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, OMS), Fabio Scano (Département Halte à la Tuberculose,OMS), Catherine Sozi (ONUSIDA, Afrique du Sud), John Stover (The Futures Group International, Etats-Unis d'Amérique), Marco Vitoria (Département Halte à la VIH/SIDA,OMS).

Remerciements: Le groupe de travail tuberculose VIH du Partenariat Halte à la Tuberculose, le groupe consultatif stratégique et technique sur la tuberculose (STAG-TB), plusieurs conférence internationales ont relu le document et fait des observations d'une grande utilité ainsi que les personnes suivantes: Maarten van Cleeff (KNCV TB Foundation, Pays Bas), Kevin DeCock (Centers for Disease Control and Prevention , Kenya), Daniel Kibuga (Bureau régional de l'Afrique, OMS), Rafael Lopez (Département Halte à la Tuberculose,OMS), Dermot Maher (Département Halte à la Tuberculose,OMS), Mario Raviglione (Département Halte à la Tuberculose,OMS), Satyajit Sarkar (Département Halte à la Tuberculose,OMS), membres du groupe consultatif de suivi et d'évaluation tuberculose/VIH et participants à l'atelier sur la co-infection tuberculose/VIH, San Pedro Sula, Honduras (14-15 août 2003).

Coordination générale assurée par Haileyesus Getahun

© **Organisation Mondiale de la Santé, 2004**

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif. La mention de firmes ou de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres de nature analogue qui n'aient pas été mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas que les informations figurant dans la présente publication sont complètes et exactes, et ne pourra être rendue responsable de tout dommage encouru par suite de leur utilisation.

Sommaire

Abréviations

1. Introduction	6
1.1 Justification	
1.2 Finalité	
1.3 Public cible	
2. Processus de formulation des politiques	7
3. But et objectifs des activités de collaboration TB/VIH	7
4. Activités conjointes TB/VIH recommandées	7
A. Mettre en place les mécanismes de collaboration	
B. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA	
C. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux	
5. Seuils de déclenchement des activités conjointes TB/VIH recommandées	19
6. Cibles pour les activités de collaboration TB/VIH	21
7. Références bibliographiques	22

Abréviations

DOT	Traitement sous observation directe
DOTS	La stratégie de lutte antituberculeuse internationalement recommandée
IST	Infections sexuellement transmissibles
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
STAG	Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

1.1 Justification

La pandémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un énorme défi pour la lutte contre la tuberculose (TB) à tous les niveaux. La tuberculose est aussi l'une des causes de morbidité les plus courantes et l'une des principales causes de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le présent document aidera les décideurs à savoir *ce qu'il faut faire* pour réduire la double charge de morbidité due à la tuberculose et au VIH. Il est destiné à être utilisé conjointement avec le Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/VIH qui traite de *ce qui peut être fait* et avec les *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities* (2) qui traitent de *la façon dont cela peut être fait*. Il complète également les lignes directrices relatives au suivi et à l'évaluation des activités de collaboration TB/VIH (3) et les lignes directrices relatives à la surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux (4).

1.2 Finalité

La présente politique répond à un besoin des pays, qui demandent à être guidés sur les activités TB/VIH concertées qu'il convient de mettre en place et dans quelles circonstances. Elle vient en complément et en synergie des activités essentielles déjà mises en place par les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA. L'application de la stratégie DOTS est l'activité essentielle pour la lutte antituberculeuse. De même, les activités de prévention de l'infection VIH et du SIDA ainsi que de promotion de la santé, s'ajoutant aux soins et au traitement, sont à la base de la lutte contre le VIH/SIDA. (Une vue d'ensemble des activités conjointes recommandées figure au Tableau 1 et les seuils de déclenchement de ces activités par les pays sont indiqués au Tableau 2.) Il n'est pas question de lancer un nouveau programme spécialisé ou indépendant de lutte contre la maladie. Il s'agit plutôt de promouvoir une meilleure collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA pour offrir un éventail complet de soins de qualité au niveau des services de santé aux personnes exposées au risque ou atteintes de tuberculose ainsi qu'à celles vivant avec le VIH/SIDA.

Si la stratégie DOTS et plusieurs mesures de prévention du VIH ont amplement fait la preuve de leur efficacité sur le plan des coûts (5, 6), les arguments en faveur des activités conjointes TB/VIH sont encore limités et concernent toujours des situations différentes. Le présent document d'orientation a été établi sur la base de constatations provenant d'essais randomisés contrôlés, d'essais non randomisés et d'autres études d'observation descriptives et analytiques, de travaux de recherche opérationnelle et d'avis d'experts reposant sur une solide expérience clinique et de terrain. Il s'agit d'une politique provisoire qui sera constamment actualisée afin de rendre compte des faits nouveaux et des meilleures pratiques.

1.3 Public cible

Le présent document s'adresse aux décideurs de la santé, aux responsables de programmes antituberculeux et anti-VIH/SIDA œuvrant à tous les niveaux du secteur de la santé, ainsi qu'aux donateurs, aux organismes de développement et aux organisations non gouvernementales qui appuient les programmes antituberculeux et anti-VIH/SIDA. Les recommandations formulées ici ont également d'importantes conséquences pour les orientations stratégiques et les activités d'autres ministères.

2. Processus de formulation des politiques

Le Groupe de travail mondial TB/VIH a contribué à la formulation de cette politique, son comité de rédaction ayant préparé les versions originale et ultérieures. Ce Groupe de travail coordonne la riposte mondiale à la double épidémie de tuberculose et d'infection à VIH, en instaurant une collaboration entre les milieux de la lutte antituberculeuse et anti-SIDA. Il réunit des responsables de programme, des organismes de développement, des organisations non gouvernementales, des institutions universitaires, des militants et des groupes d'accompagnement de malades qui collaborent avec l'OMS et l'ONUSIDA pour des programmes tant antituberculeux et qu'anti-VIH. Le comité de rédaction comprenait des experts techniques de la tuberculose et du VIH, des décideurs impliqués dans la gestion sanitaire, des personnes vivant avec le VIH et certains de leurs défenseurs, des responsables de programmes antituberculeux et anti-VIH nationaux et internationaux ainsi que des organismes donateurs. A l'occasion de conférences internationales, le projet de texte a été étudié par les partenaires nationaux et internationaux associés à des programmes antituberculeux et anti-VIH, et il a eu l'aval du Groupe de travail mondial TB/VIH ainsi que du Groupe consultatif stratégique et technique pour la tuberculose (STAG), qui donne à l'OMS des conseils stratégiques et techniques sur la lutte antituberculeuse.

3. But et objectifs des activités de collaboration TB/VIH

Le but visé est de réduire la charge de morbidité due à la tuberculose et au VIH parmi les populations touchées par ces deux maladies.

Les activités conjointes TB/VIH (conjointes) ont pour objectifs : 1) de mettre en place les mécanismes de collaboration nécessaires ; 2) de réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA ; 3) de réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux.

4. Activités conjointes TB/VIH recommandées

Le présent document se concentre sur les activités concertées qui s'attaquent à la zone d'intersection des épidémies de tuberculose et de VIH/SIDA et qui doivent être menées dans le cadre de la riposte du secteur de la santé à la double épidémie de tuberculose et de VIH/SIDA (Tableau 1).

Ces activités menées en collaboration réussiront mieux là où les stratégies nationales de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA s'inspirent des lignes directrices internationales et sont bien appliquées. Les activités recommandées peuvent être exécutées par des programmes antituberculeux et anti-VIH/SIDA, des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires ou le secteur privé, généralement avec la coordination des programmes nationaux antituberculeux et anti-VIH/SIDA.

Tableau 1. Activités conjointes TB/VIH recommandées

A.	Mettre en place les mécanismes de collaboration
A.1	Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux
A.2	Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux
A.3	Planifier conjointement les activités antituberculeuses et anti-VIH
A.4	Assurer le suivi et l'évaluation
B.	Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA
B.1	Intensifier le dépistage des cas de tuberculose
B.2	Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide
B.3	Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs
C.	Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux
C.1	Assurer le conseil et le dépistage du VIH
C.2	Appliquer des méthodes de prévention du VIH
C.3	Mettre en place le traitement préventif au co-trimoxazole
C.4	Dispenser des soins et assurer un accompagnement aux personnes touchées par le VIH/SIDA
C.5	Mettre en place le traitement antirétroviral

A. Mettre en place les mécanismes de collaboration

A.1 Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux

Même là où la prévalence du VIH est élevée, les programmes de lutte antituberculeuse et anti-VIH ont dans l'ensemble été menés séparément. Des organes de coordination TB/VIH s'imposent donc pour garantir une collaboration plus efficace entre les actions menées par les programmes anti-VIH/SIDA et antituberculeux à tous les niveaux.

Les principaux domaines de compétence des organes conjoints de coordination sont les suivants :

- mobiliser et gérer les ressources pour les activités de collaboration TB/VIH
- renforcer les capacités, y compris la formation
- garantir la cohérence de l'action de communication en matière de TB/VIH
- garantir la participation de la collectivité aux activités conjointes TB/VIH
- surveiller la préparation de la base de données factuelles.

Les éléments d'appréciation découlant de la recherche opérationnelle et des avis d'experts ont montré qu'il était possible de constituer des organes de coordination anti-TB/VIH opérant à tous les niveaux, de manière à assurer la participation de tous les partenaires des programmes de lutte anti-VIH/SIDA et antituberculeuse et à garantir leur adhésion et leur motivation. Ces organes

devraient aussi s'occuper des questions d'administration générale lors de la mise en œuvre du plan conjoint anti-TB/VIH (7-9).

Recommandation

Il conviendrait que les programmes anti-VIH/SIDA et antituberculeux se dotent d'un organe national commun de coordination de la lutte anti-VIH/SIDA et antituberculeuse, œuvrant aux niveaux régional, du district et local, avec une représentation égalitaire ou raisonnable des deux programmes et faisant une place aux groupes d'accompagnement des patients tuberculeux et des personnes séropositives pour le VIH.

A.2 Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux

La surveillance est indispensable à l'orientation de la planification et de la mise en œuvre des programmes. Il existe trois grandes méthodes de surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux: les enquêtes (spécifiques) périodiques (enquêtes transversales sur la séroprévalence du VIH dans un petit groupe représentatif des patients tuberculeux du pays), les enquêtes sentinelles (utilisant des patients tuberculeux comme groupe sentinelle du système général de surveillance sentinelle du VIH) et les données provenant des activités normales de dépistage du VIH et de conseil destinées aux patients tuberculeux. La méthode de surveillance choisie dépend de l'état de l'épidémie de VIH sous-jacente, de la situation d'ensemble de la tuberculose, et des ressources et de l'expérience disponibles.

Les éléments d'appréciation provenant d'études descriptives (10-12) et d'avis d'experts (13) ont montré que la surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux était une activité indispensable à la compréhension des tendances de l'épidémie ainsi qu'à l'élaboration de stratégies valables pour s'attaquer à la double épidémie de tuberculose et de VIH.

Recommandations

1. Indépendamment des taux nationaux de prévalence du VIH parmi les adultes, tous les pays devraient pratiquer la surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux.
2. Les pays où l'on ne connaît pas les taux de prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux devraient mener une enquête de séroprévalence (périodique ou sentinelle) pour évaluer la situation.
3. Dans les pays où l'épidémie est généralisée,¹ le conseil et le dépistage du VIH pour tous les patients tuberculeux devraient être à la base de la surveillance. Si celle-ci n'est pas encore en place, on peut avoir recours à des enquêtes périodiques ou des enquêtes sentinelles.
4. Dans les pays où l'épidémie est concentrée² et où les groupes à haut risque pour le VIH se trouvent dans certaines zones administratives, le dépistage du VIH et l'action

¹ Epidémie généralisée : la prévalence du VIH est régulièrement >1 % chez les femmes enceintes.

² Epidémie concentrée : la prévalence du VIH est régulièrement >5 % dans au moins un groupe de population déterminé et <1 % chez les femmes enceintes en milieu urbain.

de conseil pour tous les patients tuberculeux dans ces zones devraient être à la base de la surveillance. Si celle-ci n'est pas encore en place, on peut avoir recours à des enquêtes périodiques ou des enquêtes sentinelles.

5. Dans les pays où l'épidémie est modérée,³ il est recommandé de procéder à des enquêtes périodiques ou des enquêtes sentinelles.

A.3 Planifier conjointement les activités antituberculeuses et anti-VIH

Pour que la collaboration soit à la fois systématique et fructueuse, il faut procéder à une planification stratégique conjointe des programmes antituberculeux et des programmes anti-VIH/SIDA. Il faut établir un plan commun anti-TB/VIH ou bien introduire des éléments anti-TB/VIH à la fois dans le plan national de lutte contre la tuberculose et dans le plan national de lutte contre le VIH/SIDA. Le rôle et les responsabilités de chaque programme dans la mise en œuvre des différentes activités anti-TB/VIH au niveau national et au niveau des districts doivent être clairement définis.

Parmi les éléments cruciaux qui doivent faire l'objet d'une planification conjointe figurent les activités énumérées dans les parties A à C du présent document ainsi que la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités et la formation, l'action de communication sur la tuberculose et le VIH (action de plaidoyer, communication sur les programmes et mobilisation sociale), le renforcement de la participation communautaire et, enfin, la recherche opérationnelle.

A.3.1 Mobiliser des ressources pour les activités anti-TB/VIH

Les activités de collaboration TB/VIH, qui s'appuient sur des stratégies antituberculeuse et anti-VIH/SIDA bien financées, n'auront sans doute pas besoin de beaucoup de crédits supplémentaires. Si l'un ou l'autre des programmes ou les deux manquent de fonds ou de moyens humains, il faut commencer par mobiliser des ressources supplémentaires pour renforcer chacun d'eux. Il faudrait établir des propositions communes pour solliciter des fonds en vue de la mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH, dans le cadre de l'organisme conjoint de coordination, en tirant parti des atouts des deux programmes et des besoins particuliers du pays.

Recommandations

1. Lors de l'établissement des plans conjoints, il faudrait définir clairement le rôle et les responsabilités de chaque programme dans la mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH énumérées dans le Tableau 1 au niveau national et au niveau des districts (tels que décrits dans les lignes directrices pour la mise en œuvre des activités de programme concertées contre la tuberculose et le VIH (2)).
2. Les pays devraient veiller à mobiliser et déployer suffisamment de ressources humaines qualifiées pour mener des activités de collaboration TB/VIH en fonction de leur situation particulière.

³ Epidémie modérée: la prévalence du VIH n'a jamais régulièrement dépassé 5 % dans un groupe quelconque.

3. Les organes de coordination TB/VIH devraient se charger de la mobilisation et de la gestion des ressources pour la mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH, ce qui éviterait de rivaliser pour l'obtention des ressources.

A.3.2 Renforcer les capacités pour les activités de collaboration TB/VIH, y compris la formation

Le renforcement concerté des capacités pour mener les activités de collaboration TB/VIH devrait notamment consister à familiariser les agents de santé avec les questions qui touchent à la tuberculose et au VIH. Il faudrait développer les capacités dans le système de santé, par exemple le système de laboratoires et d'orientation-recours, pour qu'il puisse mieux faire face à la demande d'activités anti-TB/VIH conjointes, laquelle ne cesse de croître.

Recommandations

1. Il est nécessaire que les programmes antituberculeux et anti-VIH/SIDA établissent un plan concerté de formation pour assurer une formation initiale et en cours d'emploi, ainsi qu'une formation médicale continue aux activités de collaboration TB/VIH pour toutes les catégories d'agents de santé.
2. Les programmes antituberculeux et anti-VIH/SIDA devraient veiller à ce que le système de prestations de santé dispose des capacités suffisantes (par exemple laboratoires, médicaments et orientation-recours) pour une bonne mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH.

A.3.3 Mener une action de communication anti-TB/VIH : plaidoyer, communication sur les programmes et mobilisation sociale

Une action de plaidoyer destinée à infléchir les grandes orientations, la mise en œuvre des programmes et la mobilisation des ressources est très importante si l'on veut accélérer le rythme des activités de collaboration TB/VIH. La communication à double sens entre les programmes et le grand public, pour informer et sensibiliser à la tuberculose et au VIH, est déterminante pour que les patients aillent vers les services et s'en servent. Une mobilisation sociale qui fait appel à la bonne volonté de la population et suscite parmi toutes les parties prenantes un large consensus et un engagement social est déterminante pour atténuer la stigmatisation et prévenir la tuberculose et le VIH, tout en encourageant la participation aux activités de collaboration TB/VIH.

Recommandations

1. Il faudrait mener aux niveaux mondial, national, régional et local des activités de plaidoyer anti-TB/VIH bien conçues et planifiées conjointement de manière à garantir la cohérence entre les différents messages et s'adresser aux principaux acteurs et décideurs.
2. Les programmes anti-VIH/SIDA et antituberculeux devraient mettre au point ensemble des stratégies de communication sur les programmes anti-TB/VIH et de mobilisation sociale qui prennent en compte les besoins des usagers et des patients, ainsi que des communautés touchées par le VIH/SIDA et la tuberculose.

3. Les stratégies concertées de communication devraient veiller à ce que les composantes VIH soient intégrées dans l'action de communication sur la tuberculose et inversement.

A.3.4 Renforcer la participation communautaire aux activités de collaboration TB/VIH

Il est extrêmement important de développer les activités de collaboration TB/VIH au-delà du secteur de la santé en y associant les communautés. Grâce aux groupes de soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux organisations communautaires, la prévention de la tuberculose et les soins aux malades peuvent être intégrés dans l'action de prévention du VIH/SIDA, de traitement et d'accompagnement des malades touchés par le VIH/SIDA. On peut parfaitement mobiliser les communautés pour trouver des ressources et des occasions de mise en œuvre d'activités de collaboration TB/VIH.

Des organisations communautaires comme celles qui assurent des soins à domicile aux personnes touchées par le VIH/SIDA peuvent également aider à repérer les personnes présentant la symptomatologie tuberculeuse et à assurer le traitement sous observation directe de la tuberculose. Un traitement préventif à l'isoniazide peut être proposé aux personnes qui sont en contact étroit avec des individus séropositifs pour le VIH et atteints de tuberculose contagieuse.. Les organisations qui existent déjà peuvent s'en charger pour un coût supplémentaire modique.

Recommandations

1. Toutes les parties prenantes, y compris les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les programmes antituberculeux, devraient s'employer à inclure la prévention et le traitement de la tuberculose dans les services communautaires de prévention, de soins et de soutien aux personnes atteintes du VIH/SIDA. De même, les services communautaires de prévention de la tuberculose et de soins aux patients tuberculeux devraient également inclure des activités de prévention ,de soins et de soutien aux personnes atteintes du VIH/SIDA.
2. Toutes les parties prenantes, y compris les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les programmes de lutte contre la tuberculose, devraient veiller à ce que les groupes d'accompagnement des patients atteints de tuberculose et infectés par le VIH et les gens qui les entourent soient associés à la planification, à la mise en œuvre et à la promotion des activités de collaboration TB/VIH.

A.3.5 Recherche opérationnelle destinée à renforcer les activités de collaboration TB/VIH

La recherche opérationnelle aide à déterminer les meilleurs moyens de mener en collaboration les activités anti-TB/VIH. Elle est utile pour l'élaboration des politiques et stratégies aux niveaux national et mondial, car elle tient compte de la diversité des contextes, qu'il s'agisse de la culture, de la géographie ou des ressources.

Recommandation

Toutes les parties prenantes aux activités de collaboration TB/VIH, y compris les programmes antituberculeux et les programmes anti-VIH/SIDA, devraient encourager et appuyer la recherche opérationnelle sur les questions liées à la tuberculose/au VIH qui

intéressent particulièrement le pays de manière à mettre en place la base factuelle nécessaire à une bonne mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH.

Les éléments d'appréciation découlant de la recherche opérationnelle (7- 9), des avis d'experts (8, 9) et de l'analyse des grandes orientations (14) ont montré qu'une bonne mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH dépendait des efforts conjoints déployés par le programme antituberculeux et le programme anti-VIH/SIDA au niveau de la planification et de la mise en œuvre et exigeait une étroite collaboration entre les services de soins communautaires et les établissements de santé publique. La participation des agents chargés des soins à domicile et des agents de santé communautaires aux activités antituberculeuses et anti-VIH/SIDA est devenue réalité dans divers pays. On a la preuve qu'il est rentable d'assurer des services communautaires de lutte contre la tuberculose (5, 15, 16) et contre le VIH/SIDA (6).

A.4 Assurer le suivi et l'évaluation des activités de collaboration TB/VIH

Le suivi et l'évaluation permettent d'apprécier la qualité, l'efficacité, la couverture et l'exécution des activités de collaboration TB/VIH . Les deux processus favorisent l'esprit d'apprentissage dans les programmes et garantissent ainsi l'amélioration continue des résultats. Le suivi et l'évaluation supposent une collaboration entre les programmes et le système de santé général ainsi que la mise en place de mécanismes d'orientation entre différents services et organisations. Ces orientation/transferts devraient être intégrées dans les systèmes de suivi et d'évaluation et il faudrait veiller au respect de la confidentialité.

Les éléments d'appréciation découlant de la recherche opérationnelle (7, 8) en Afrique et des avis d'experts (7) ont montré qu'il était important d'assurer un suivi et une évaluation normalisés des activités de collaboration TB/VIH pour en déterminer l'impact et garantir l'exécution et une bonne gestion des programmes.

Recommandations

1. Il faudrait que les programmes anti-VIH/SIDA et antituberculeux conviennent d'une série fondamentale d'indicateurs et d'instruments de collecte des données et qu'ils rassemblent des données pour le suivi et l'évaluation des activités de collaboration TB/VIH.
2. Les directives de l'OMS pour le suivi et l'évaluation des activités de collaboration TB/VIH devraient servir de base à la standardisation des activités de suivi et d'évaluation spécifiques de chaque pays.

B. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA

B.1 Intensifier le dépistage des cas de tuberculose

Intensifier le dépistage des cas de tuberculose, cela veut dire aussi repérer les symptômes de la tuberculose là où sont concentrées des personnes infectées par le VIH. En identifiant dès que possible les symptômes de la tuberculose, puis en posant un diagnostic et en traitant rapidement les personnes vivant avec le VIH/SIDA, leurs contacts familiaux, les groupes à haut risque pour le VIH et les personnes vivant dans des établissements collectifs (par exemple centres de détention, foyers hébergeant des travailleurs, casernes de la police et de l'armée), on peut accroître les

chances de survie tout en améliorant la qualité de la vie et en réduisant la transmission de la tuberculose dans la population.

Recommandations

1. Il faudrait intensifier le dépistage des cas de tuberculose dans tous les services de conseil et de dépistage du VIH en utilisant au moins une série simple de questions pour repérer les cas suspects de tuberculose le plus tôt possible. Les questions seront posées par des conseillers qualifiés.
2. Un système d'orientation-transfert devrait être établi entre les centres de conseil et de dépistage du VIH et les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose.
3. Il conviendrait d'intensifier le dépistage de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les dispensaires et les hôpitaux, parmi leurs contacts familiaux et les groupes à haut risque pour le VIH ainsi que parmi les personnes vivant dans des établissements collectifs en menant régulièrement les activités suivantes : sensibiliser et former les agents de santé et les groupes qu'ils desservent aux interactions entre la tuberculose et l'infection à VIH, repérer les cas suspects de tuberculose et les orienter vers des services de diagnostic.

Les éléments d'appréciation ont montré que l'intensification du dépistage et du traitement de la tuberculose parmi les personnes infectées par le VIH permettait d'interrompre la transmission de la maladie par les sujets contagieux (17, 18), de prévenir la mortalité (19), d'atténuer le risque de transmission nosocomiale de la tuberculose et d'offrir la possibilité d'un traitement préventif de la tuberculose aux patients séropositifs pour le VIH (20). On a d'autre part constaté que le dépistage intensifié de la tuberculose est possible (8, 19-21), qu'il ne demande pas beaucoup de temps et qu'il peut être effectué pour un coût supplémentaire modique dans les services de santé (7, 8). Des conseillers qualifiés ou d'autres agents de santé peuvent utiliser un bref questionnaire sur les symptômes de la tuberculose pour dépister les cas de tuberculose active (7, 8). Dans les activités de recherche opérationnelle menées en Afrique (8) et ailleurs (20), des cas de tuberculose auparavant non diagnostiqués ont été décelés dans une proportion allant jusqu'à 11 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA à l'occasion du conseil et du dépistage du VIH.

B.2 Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide

On administre de l'isoniazide aux patients atteints d'une infection latente par *Mycobacterium tuberculosis* pour éviter l'évolution vers la tuberculose active. Il est extrêmement important d'exclure la présence d'une tuberculose active avant de commencer ce traitement. Le patient prend de l'isoniazide chaque jour pendant six à neuf mois. Etant donné que des personnes infectées par le VIH risquent de contracter la tuberculose avant qu'un traitement antirétroviral soit indiqué et qu'il ne semble pas y avoir de contre-indication à l'usage conjugué des deux traitements, l'utilisation des antirétroviraux n'exclut pas le recours au traitement préventif à l'isoniazide.

Recommandations

1. Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA devraient assurer le traitement préventif à l'isoniazide dans le cadre des soins dispensés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA lorsque la présence d'une tuberculose active est exclue avec certitude.
2. Il faudrait communiquer à toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA des informations sur le traitement préventif à l'isoniazide.

Les éléments d'appréciation ont montré que le traitement préventif à l'isoniazide était plus efficace (22) et plus sûr (23) que les schémas thérapeutiques contenant de la rifampicine et de la pyrazinamide pour la prévention d'une infection tuberculeuse latente. Plusieurs essais randomisés ont montré que le traitement préventif à l'isoniazide permettait de réduire l'incidence de la tuberculose et la mortalité tuberculeuse chez les patients infectés par le VIH et chez lesquels le test cutané à la tuberculine était positif (24). De plus, il a permis de réaliser des économies au niveau des soins médicaux et de réduire les coûts sociaux en Afrique subsaharienne (25). Cependant, ce traitement suppose plusieurs mesures, notamment l'identification des sujets séropositifs pour le VIH, l'exclusion d'une tuberculose active et l'observance du traitement (24), ce qui explique que la faisabilité de ce traitement dans les pays en développement est moins évidente (24). Certaines études n'ont livré aucun fait concluant quant à l'efficacité de l'application conjointe du traitement antirétroviral et du traitement préventif à l'isoniazide (26, 27). Il faut suivre de près les résultats des études en cours pour évaluer l'efficacité de l'application conjointe des deux traitements afin d'améliorer la politique actuelle.

B.3. Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs

Dans les services de santé et les établissements collectifs (par exemple centres de détention, casernes de la police et de l'armée), où sont souvent concentrées des personnes atteintes de tuberculose et infectées par le VIH, le risque d'infection tuberculeuse augmente. Il faut prendre des mesures, notamment au niveau de l'administration, de l'environnement et de la protection personnelle, pour réduire la transmission de la tuberculose de manière à réduire d'une façon générale l'exposition à *M. tuberculosis* parmi les agents de santé, les gardiens des centres de détention, les policiers et leurs clients, ainsi que toutes les personnes vivant dans des établissements collectifs.

Entre autres mesures administratives, il conviendrait de procéder au dépistage précoce, au diagnostic et au traitement des cas présumés de tuberculose, notamment de tuberculose pulmonaire, et isoler les cas suspects de tuberculose pulmonaire jusqu'à ce que le diagnostic soit confirmé ou exclu. La protection du milieu doit consister notamment à accroître le plus possible la ventilation naturelle et à utiliser le rayonnement ultraviolet là où c'est possible. En matière de protection personnelle, il faut notamment protéger les personnes séropositives pour le VIH d'une exposition éventuelle à la tuberculose (par exemple déplacer des salles d'hospitalisation les agents infectés par le VIH) et proposer un traitement préventif à l'isoniazide.

*Il a été démontré qu'il y avait un risque accru de tuberculose parmi les agents de santé, les étudiants en médecine et les élèves infirmiers/ères en contact avec des patients (17, 28), les détenus (29) et les membres des forces armées dans les casernes (30), risque qui est augmenté par l'épidémie de VIH. Le VIH favorise l'évolution vers la tuberculose active chez les sujets porteurs d'une infection latente à *Mycobacterium tuberculosis* ou récemment infectés (1).*

Recommandation

Il devrait y avoir dans chaque service de santé et chaque établissement collectif un plan de lutte contre la tuberculose établi en concertation avec toutes les parties prenantes et comportant des mesures administratives, environnementales et de protection personnelle, pour y réduire la transmission de la tuberculose.

C. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux

C.1 Assurer le conseil et le dépistage du VIH

La plupart des personnes qui sont infectées par le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique et sollicitent des soins dans des services de santé généraux. Le dépistage du VIH, à l'aide de tests rapides, et l'action de conseil pour les patients tuberculeux sont un point d'accès pour toute une série d'activités de prévention, de prise en charge, d'accompagnement et de traitement du VIH/SIDA ainsi que de la tuberculose. Tous en tirent un bénéfice, que ce soit le patient, sa famille ou la collectivité. Les tests doivent être disponibles et volontaires, et il convient d'obtenir le consentement éclairé des intéressés et de protéger la confidentialité des données.

Les éléments d'appréciation découlant des avis d'experts (7) et de la recherche opérationnelle (8, 9) ont montré que le dépistage du VIH et l'action de conseil constituaient un point d'accès direct pour les soins aux patients tuberculeux infectés par le VIH et leur accompagnement. Le recours aux tests de dépistage du VIH parmi des patients tuberculeux était fréquent (8, 9, 31). L'action de conseil et le dépistage volontaire du VIH sont beaucoup plus rentables lorsque les tests visent les groupes où le taux de la prévalence du VIH est élevé (32).

Recommandations

1. Il conviendrait de proposer un dépistage du VIH et une action de conseil à tous les patients tuberculeux là où la prévalence du VIH parmi ces derniers est supérieure à 5 %.
2. Les programmes de lutte contre la tuberculose devraient intégrer dans leurs activités des services de dépistage du VIH et de conseil ou mettre en place, pour ce faire, une orientation vers les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

C.2. Appliquer des méthodes de prévention du VIH

Pour réduire la transmission sexuelle, parentérale et verticale du VIH, il faut entreprendre des programmes généraux d'éducation sur le VIH/SIDA. Pour réduire la transmission sexuelle du VIH, il faut notamment encourager un comportement et des pratiques sexuelles plus sûrs et plus responsables, retarder le début de l'activité sexuelle, réduire le nombre de partenaires, encourager l'utilisation systématique du préservatif (masculin et féminin) et assurer le diagnostic et le traitement d'autres infections sexuellement transmissibles. Pour réduire la transmission parentérale du VIH, il faut notamment garantir la sécurité des dons de sang et utiliser du matériel d'injection et du matériel chirurgical stérilisés dans les services médicaux. Parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse, les stratégies de réduction des risques se révèlent utiles, par exemple accès généralisé à un matériel d'injection stérile, traitement de la toxicomanie et services de proximité pour réduire la fréquence de l'injection de drogue. On peut réduire la transmission verticale du VIH en administrant des antirétroviraux aux femmes enceintes et à leur enfant.

L'analyse des éléments d'appréciation a montré que les méthodes de prévention du VIH présentaient un bon rapport coût/efficacité (6). Les programmes antituberculeux peuvent les appliquer ou bien orienter les patients vers les programmes de lutte contre le SIDA lorsque la prévalence de la tuberculose et de l'infection à VIH est élevée (7- 9). Il est établi que l'amélioration du traitement des infections sexuellement transmissibles fait reculer l'incidence du VIH lorsque cette infection commence à prendre des proportions épidémiques (33).

Recommandations

1. Il conviendrait que les programmes antituberculeux élaborent et appliquent des stratégies globales de prévention du VIH à l'intention de leurs patients, en visant la transmission sexuelle, parentérale ou verticale, ou bien qu'ils assurent, pour ce faire, une orientation des patients vers les programmes anti-VIH/SIDA.
2. Il faudrait procéder au dépistage des infections sexuellement transmissibles, à l'aide d'un questionnaire simple ou d'autres méthodes recommandées, parmi tous les patients des dispensaires antituberculeux. Ceux qui présentent des symptômes d'infection sexuellement transmissible devraient être soignés ou envoyés vers les services de traitement pertinents.
3. Les programmes antituberculeux devraient adopter des mesures pour réduire l'exposition professionnelle et nosocomiale à l'infection à VIH dans leurs services.
4. Il conviendrait que les programmes antituberculeux appliquent des mesures de réduction des risques à l'intention des patients tuberculeux dépendants aux substances psychoactives injectables ou bien qu'ils assurent pour ce faire un aiguillage vers les programmes anti-VIH/SIDA.
5. Les programmes antituberculeux devraient veiller à la prévention de la transmission verticale en orientant les femmes enceintes infectées par le VIH vers les services qui assurent la prévention de la transmission mère-enfant.

C.3 Mettre en place le traitement préventif au co-trimoxazole

L'OMS et l'ONUSIDA encouragent le recours au traitement préventif au co-trimoxazole pour prévenir plusieurs infections bactériennes et parasitaires secondaires chez les adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA en Afrique. Les patients tuberculeux sont concernés par ce traitement. La politique actuelle s'inspire des recommandations provisoires du Secrétariat OMS/ONUSIDA sur l'utilisation de la prophylaxie au co-trimoxazole chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH/SIDA en Afrique.

Les éléments d'appréciation découlant d'essais contrôlés randomisés sur le traitement préventif au co-trimoxazole ont montré que la mortalité reculait parmi les patients tuberculeux à frottis positif et séropositifs pour le VIH (34) et que les hospitalisations et les cas de maladie étaient moins nombreux parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA (35). D'après d'autres études non randomisées et des études opérationnelles, le traitement préventif au co-trimoxazole est réalisable (7, 36, 37) et sûr (36), et il permet de réduire les taux de mortalité parmi les patients tuberculeux (31, 36-38). Cependant, un essai contrôlé randomisé n'a fait apparaître aucun effet bénéfique de ce traitement (39), ce qui a été attribué aux insuffisances de l'étude (40). Il se peut aussi que la résistance des organismes pathogènes courants au co-trimoxazole soit élevée en certains endroits, ce qui pourrait mettre en cause l'efficacité du traitement préventif au co-trimoxazole (40).

Recommandation

Il conviendrait que les programmes antituberculeux et anti-VIH/SIDA mettent en place des moyens de faire bénéficier les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui sont atteintes de tuberculose active d'un traitement préventif au co-trimoxazole.

C.4 Dispenser des soins et accompagner les personnes vivant avec le VIH/SIDA

Pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, l'accès aux soins est un droit fondamental ; cela comprend l'accès aux soins cliniques dans le cadre d'une stratégie globale de soins aux personnes touchées par le SIDA. Il s'agit notamment d'assurer la prise en charge clinique (prophylaxie, diagnostic précoce, traitement efficace et prise en charge des éventuelles infections opportunistes), les soins infirmiers (notamment promotion de l'hygiène et de mesures nutritionnelles), les soins palliatifs, les soins à domicile (y compris éducation des soignants et des proches, et promotion de mesures de précaution universelles) et, enfin, l'action de conseil et l'accompagnement social. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui suivent un traitement antituberculeux ou l'ont terminé devraient bénéficier de l'ensemble des mesures de prise en charge et d'accompagnement VIH/SIDA étayées par un système d'aiguillage des patients.

Recommandations

1. Toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA chez lesquelles la tuberculose est diagnostiquée devraient également bénéficier des services de prise en charge et d'accompagnement VIH/SIDA.
2. Il conviendrait que les programmes antituberculeux assurent une orientation vers les programmes anti-VIH/SIDA pour assurer la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui suivent un traitement antituberculeux ou l'ont terminé.

Les éléments d'appréciation ont montré que la liaison entre les programmes de prévention et les programmes de soins et d'accompagnement créaient des synergies et renforçaient les programmes anti-VIH/SIDA (41). Le traitement antirétroviral sous observation directe pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, sur le modèle efficace du traitement directement observé appliqué au programme antituberculeux permettra d'assurer un accompagnement psychologique et social aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (42). La recherche opérationnelle (31, 35) et les avis d'experts (7-9) ont montré que la collaboration entre les programmes antituberculeux et anti-VIH était un excellent moyen d'amplifier la prestation des activités de soins et de soutien aux patients tuberculeux infectés par le VIH.

C.5 Mettre en place le traitement antirétroviral

Le traitement antirétroviral améliore la qualité de la vie et prolonge considérablement la survie des personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'accès au traitement antirétroviral peut inciter les gens à se soumettre à un test de dépistage du VIH. Le traitement fait évoluer l'infection à VIH vers une maladie chronique avec une espérance de vie allongée. Il s'agit d'un traitement à vie que les patients doivent suivre strictement s'ils veulent voir des résultats à long terme et atténuer le plus possible l'apparition d'une résistance aux médicaments.

D'après les éléments d'appréciation, un traitement par des antirétroviraux actifs peut réduire de plus de 80 % l'incidence de la tuberculose chez les personnes séropositives pour le VIH (26, 43). Toutefois, pour que le traitement antirétroviral réussisse à prévenir une forte proportion des cas de tuberculose, il faut l'entreprendre au tout début de l'évolution de l'infection à VIH et le respecter de façon stricte (44). L'administration d'antirétroviraux aux patients tuberculeux infectés par le VIH peut dans un premier temps aggraver provisoirement la symptomatologie de la tuberculose dans une proportion des cas allant jusqu'à 30 % dans le monde développé (45, 46). D'après les avis d'experts (38, 45, 47) et diverses observations (42, 48, 49), les programmes de traitement de la tuberculose sous observation directe peuvent servir de modèle pour le traitement antirétroviral

dans certains cas. Toutefois, les avis divergent quant à l'utilité de cette stratégie parce qu'on manque de données factuelles (50). L'initiative « 3 millions d'ici 2005 », dont l'objet est d'administrer un traitement antirétroviral à 3 millions de patients d'ici 2005, permettra de donner aux patients tuberculeux concernés plus largement accès à ce traitement.

Recommandations

1. Il conviendrait de proposer un traitement antirétroviral à tous les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, selon des critères thérapeutiques retenus chez les patients tuberculeux dans le pays et en fonction des interactions entre médicaments (avec la rifampicine).
2. Les programmes antituberculeux et anti-VIH/SIDA devraient mettre en place un mécanisme permettant d'assurer un traitement antirétroviral aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH qui remplissent les conditions requises.

5. Seuils de déclenchement des activités conjointes anti-TB/VIH recommandées

Contrairement aux autres infections opportunistes associées au VIH, la tuberculose peut survenir à tous les stades de la déficience immunitaire (mesurée par numération des lymphocytes CD₄) chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA et elle contribue pour beaucoup à la charge générale de morbidité dans ce groupe. C'est pourquoi les pays où l'infection à VIH revêt un caractère épidémique de quelque niveau que ce soit et qui connaissent une double épidémie de tuberculose et d'infection à VIH devraient mener des activités anti-TB/VIH en collaboration comme indiqué dans le Tableau 2. La prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux est l'indicateur le plus sensible et le plus fiable de la double épidémie de tuberculose et d'infection à VIH dans un pays. Faute de données sur cet élément, on peut se servir du taux de prévalence du VIH parmi les adultes dans le pays comme indicateur pour commencer à entreprendre des activités conjointes anti-TB/VIH. Il existe bien souvent au niveau national des données sur la prévalence du VIH parmi les adultes qui peuvent servir à déterminer le niveau de l'épidémie dans un pays.

On risque là malgré tout de sous-estimer les taux de prévalence du VIH dans les groupes exposés à un risque élevé pour le VIH et dans certaines zones administratives d'un pays, notamment lorsqu'il couvre une très vaste superficie. C'est pourquoi il faudrait que les pays examinent les variations régionales (sur le territoire national) des taux de prévalence du VIH afin de décider des types d'activités anti-TB/VIH à mener en collaboration. Pour utiliser rationnellement les ressources à leur disposition, les pays où la prévalence du VIH est faible devraient donner la priorité aux groupes à haut risque pour le VIH et la tuberculose, comme les toxicomanes qui s'injectent de la drogue, les travailleurs du sexe et les personnes vivant dans des établissements collectifs (par exemple foyers hébergeant des ouvriers, centres de détention, casernes de la police et de l'armée).

Tableau 2. Seuils de déclenchement dans les pays des activités conjointes anti-TB/VIH recommandées

Catégorie	Critères	Activités conjointes anti-TB/VIH recommandées
I	<p>Pays où le taux de prévalence du VIH parmi les adultes est ≥ 1 %</p> <p style="text-align: center;">OU BIEN</p> <p>où la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux est ≥ 5 %</p>	<p>A. Mettre en place les mécanismes de collaboration</p> <p>A.1 Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux</p> <p>A.2 Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux</p> <p>A.3 Planifier conjointement les activités antituberculeuses et anti-VIH</p> <p>A.4 Assurer le suivi et l'évaluation</p> <p>B. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA</p> <p>B.1 Intensifier le dépistage des cas de tuberculose</p> <p>B.2 Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide</p> <p>B.3 Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs</p> <p>C. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux</p> <p>C.1 Assurer le conseil et le dépistage du VIH</p> <p>C.2 Appliquer des méthodes de prévention du VIH</p> <p>C.3 Mettre en place le traitement préventif au co-trimoxazole</p> <p>C.4 Dispenser des soins et assurer un accompagnement aux personnes touchées par le VIH/SIDA</p> <p>C.5 Mettre en place le traitement antirétroviral</p>
II	<p>Pays où le taux de prévalence du VIH parmi les adultes est < 1 %</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>où l'on enregistre dans certaines zones administratives un taux de prévalence du VIH parmi les adultes ≥ 1 %</p>	<p>Zones administratives avec une prévalence du VIH parmi les adultes ≥ 1 % : mise en œuvre de toutes les activités énumérées pour les pays de la catégorie I dans les zones administratives concernées</p> <p>Autres régions du pays : mise en œuvre des activités prévues pour les pays de la catégorie III</p>
III	<p>Pays où le taux de prévalence du VIH parmi les adultes est < 1 %</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>ne comptant pas de zones administratives où le taux de prévalence du VIH parmi les adultes est ≥ 1 %</p>	<p>A. Planifier conjointement les activités de collaboration TB/VIH à mener au niveau national :</p> <p>A.2 Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux</p> <p>B. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA [<i>en privilégiant les groupes à haut risque pour le VIH et pour la tuberculose, par exemple les toxicomanes qui s'injectent de la drogue, les travailleurs du sexe, les personnes hébergées dans des établissements collectifs</i>]</p> <p>B.1 Intensifier le dépistage des cas de tuberculose</p> <p>B.2 Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide</p> <p>B.3 Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs</p>

6. Cibles pour les activités de collaboration TB/VIH

Au niveau mondial, la cible fixée par l'OMS en ce qui concerne la tuberculose est de guérir 85 % des malades à frottis positif en traitement et d'en dépister 70 % d'ici 2005. Les objectifs du Millénaire pour le développement comprennent les cibles fixées par l'OMS pour la tuberculose, auxquelles s'ajoute la baisse de la prévalence de la tuberculose et les taux de mortalité tuberculeuse de moitié d'ici 2015 par rapport aux estimations de l'an 2000.

Les participants à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA ont notamment fixé les cibles mondiales ci-après pour le VIH/SIDA, qui ont ensuite été approuvées dans la stratégie mondiale OMS du secteur de la santé pour le VIH/SIDA :

- d'ici 2005, réduire de 25 % la prévalence du VIH parmi les jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans dans les pays les plus touchés et, de même, réduire de 25 % la prévalence du VIH à l'échelle mondiale d'ici 2010 ;
- d'ici 2005, veiller à ce qu'au moins 90 % et, d'ici 2010, au moins 95 % des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour acquérir les aptitudes requises afin de réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH ;
- d'ici 2005, réduire de 20 % et, d'ici 2010, de 50 % la proportion des nourrissons infectés par le VIH.

Une bonne mise en œuvre des activités conjointes anti-TB/VIH aidera à atteindre les cibles fixées pour le VIH/SIDA et la tuberculose. On manque toutefois de données qui puissent montrer exactement de quelle façon et par quel mécanisme ce type d'activités contribue à la réalisation des cibles en question. C'est pourquoi il faudra être très prudent lorsqu'on fixe des cibles quantifiées pour lesdites activités. Avec les cibles, pays, organisations et institutions peuvent privilégier un problème donné et œuvrer en vue d'un but commun. Il faut définir des cibles pour les activités de collaboration TB/VIH afin d'en développer la couverture mondiale et d'en accélérer la mise en œuvre dans les pays.

On trouvera ci-après une brève liste des cibles mondiales pour les activités de collaboration TB/VIH.

Cibles mondiales pour les activités de collaboration TB/VIH

1. D'ici 2005, tous les pays appartenant aux catégories I et II auront créé au moins un organisme national de coordination des activités anti-TB/VIH pour mettre en place le mécanisme qui garantira la collaboration entre le programme antituberculeux et le programme anti-VIH.
2. D'ici 2007, tous les pays des catégories I et II auront élaboré des plans conjoints pour les activités de collaboration TB/VIH.
3. D'ici 2007, tous les pays des catégories I et II auront mis en place un système de surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux.

Recommandation

Les pays qui mènent des activités conjointes anti-TB/VIH devraient fixer eux-mêmes leurs cibles pour ces activités en fonction de leur situation.

7. Références bibliographiques

1. *Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.296, WHO/HIV_AIDS/2002.2)
2. *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319 WHO/HIV/2003.01)
3. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2004.342 , WHO/HIV/2004.09).
4. Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients. 2nd edition (WHO/HTM/TB/2004.339, WHO/HIV/2004.06 UNAIDS/04.30E)
5. Borgdorff MW, Floyd K, Broekmans JF. Interventions to reduce tuberculosis mortality and transmission in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:217–227.
6. Creese A et al. Cost effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet*, 2002, 359:1635–1642.
7. *Second meeting of the Global Working Group on TB/HIV. 14–16 June 2002, Durban, South Africa*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.311)
8. *Report on the “lessons learnt” workshop on the six ProTEST pilot projects in Malawi, South Africa and Zambia. 3–6 February 2003, Durban, South Africa*. Geneva, World Health Organization (document in preparation 2004).
9. Godfrey-Faussett P et al. How human immunodeficiency virus voluntary testing can contribute to TB control. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:939–945.
10. Range N et al. Trends in HIV prevalence among TB patients in Tanzania, 1991–1998. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:405–412.
11. Talbot EA et al. The validity of HIV testing using sputum from suspected tuberculosis patients, Botswana, 2001. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7:710–713.
12. Bowen EF et al. HIV seroprevalence by anonymous testing in patients with *Mycobacterium tuberculosis* and in tuberculosis contacts. *Lancet*, 2000, 356:1488–1489.
13. *Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance. Selection, evaluation and implementation*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/CSR/EDC.2001.16, UNAIDS/01.22E)
14. Anderson S, Maher D. *An analysis of interaction between TB and HIV/AIDS programmes in sub-Saharan Africa*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/2001.294)
15. Floyd K, Wilkinson D, Gilks C. Comparison of cost effectiveness of Directly Observed Treatment (DOT) and conventional delivered treatment for tuberculosis: experience from rural South Africa. *British Medical Journal*, 1997, 315:1407–1411.
16. Floyd K. Cost and effectiveness – the impact of economic studies on TB control. *Tuberculosis*, 2003, 83:187–200.
17. Harries AD, Maher D, Nunn P. Practical and affordable measures for protection of health care workers from tuberculosis in low-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75:477–489.
18. DeCock K, Chalsson R. Will DOTS do it? A reappraisal of tuberculosis control in countries with high rates of HIV infection. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:457–467.
19. Nachega J et al. Tuberculosis active case finding in a mother-to-child HIV transmission prevention programme in Soweto, South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1398–1400.
20. Burgess A et al. Integration of tuberculosis screening at an HIV voluntary counselling and testing center in Haiti. *AIDS*, 2001, 15:1875–1879.
21. Nachega J et al. Tuberculosis active case-finding in mother-to-child transmission programme in Soweto, South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1398–1400.
22. WHO and UNAIDS Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV. *Weekly Epidemiological Record*, 1999, 74:385–400.
23. LoBue PA, Moser KS. Use of isoniazid for latent tuberculosis infection in a public health clinic. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2003, 168:443–447.
24. Wilkinson D. Drugs for preventing TB in HIV infected persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (4):CD000171.
25. Bell J, Rose D, Sacks H. Tuberculosis preventive therapy for HIV infected people in sub-Saharan Africa is cost effective. *AIDS*, 1999, 13:1549–1556.
26. Giarardi E et al. Impact of combination antiretroviral therapy on the risk of tuberculosis among persons with HIV infection. *AIDS*, 2000, 14:1985–1991.
27. Santoro-Lopes G et al. Reduced risk of tuberculosis among Brazilian patients with advanced human immunodeficiency virus infection treated with highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2002, 34:543–546.
28. *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource limited settings*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CDS/TB/99.269)

29. *Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2000.281)
30. Miles S. HIV in insurgency forces in sub-Saharan Africa – a personal view of policies. *International Journal of STD and AIDS*, 2003, 14:174-178.
31. Zachariah R et al. Voluntary counselling, HIV testing and adjunctive cotrimoxazole reduces mortality in tuberculosis patients in Thyolo, Malawi. *AIDS*, 2003,17:1053–1061.
32. Sweat M et al. Cost effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *Lancet*, 2000, 356:113–121.
33. Wilkinson D, Rutherford G. Population-based intervention for reducing sexually transmitted infections including HIV infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001(2):CD001220.
34. Wiktor SZ et al. Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease the morbidity and mortality in HIV-1 infected patients with tuberculosis in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1469–1475.
35. Anglaret X et al. Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV-1 infected adults in Abidjan, Cote d' Ivoire: a randomised trial. Cotrimo-CI study group. *Lancet*, 1999, 353:1463–1468.
36. Zachariah R et al. Cotrimoxazole prophylaxis in HIV infected individuals after completing anti-tuberculosis treatment in Thyolo, Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2002, 6:1046–1050.
37. Zachariah R et al. Compliance with cotrimoxazole prophylaxis for the prevention of opportunistic infections in HIV-positive tuberculosis patients in Thyolo district, Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:843–846.
38. *Third Meeting of the Global Working Group on TB/HIV. Montreux, 4–6 June, 2003*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.327)
39. Maynard M et al. Primary prevention with cotrimoxazole for HIV-1 infected adults: results of the pilot study in Dakar, Senegal. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, 2001, 26:130–136.
40. Godfrey-Faussett P. District-randomised phased implementation: strengthening the evidence base for cotrimoxazole for HIV positive tuberculosis patients. *AIDS*, 2003, 17:1079–1081.
41. *Improving access to care in developing countries: lessons from practice, research, resources and partnerships. Report from a meeting: Advocating for access to care and sharing experiences. 29 November–1 December 2001*. Paris. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.
42. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
43. Badri M, Wilson D, Wood R. Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2002, 359:2059–2064.
44. Williams B, Dye C. Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. *Science Express*, 2003, 10:1126/science 1086845 accessed on August 14, 2003.
45. *Scaling up antiretroviral therapy in resource limited settings. Guidelines for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2002.
46. Narita M et al. Paradoxical worsening of tuberculosis following antiretroviral therapy in patients with AIDS. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1998, 158:157–161.
47. *Consensus statement on antiretroviral treatment for AIDS in poor countries*. Boston, Harvard University, 2001.
48. Mitty J et al. Directly observed therapy (DOT) for individuals with HIV: successes and challenges. *Medscape General Medicine*, 2003;5, accessed on April 2, 2003.
49. Farmer P et al. Community based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (Directly Observed Therapy with Highly Active Antiretroviral Therapy). *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:1145–1151.
50. Liechty C, Bangsberg D. Doubts about DOT: antiretroviral therapy for resource-poor countries. *AIDS* 2003, 17:1383–1387.