

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
DIRECTION DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES
DIRECTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LE VIH/SIDA
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE



2020

**GUIDE DE PRISE EN CHARGE DE LA COINFECTION
TUBERCULOSE ET INFECTION A VIH/SIDA ET NOTION
SUR LE ONE STOP SHOP
Edition de janvier 2020**



**Organisation
mondiale de la Santé**



Investissons dans notre avenir

Le Fonds mondial

De lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ARV :	Anti Retroviral
BAAR:	Bacilles acido-alcoolo-résistants
BCG:	Bacille Calmette-Guérin
CTX :	Cotrimoxazole
DCIP:	Dépistage Conseil Initié par le Prestataire
DOT'S:	Directly Observed Treatment, Short-course
IDR:	Intra-Dermo-Réaction
IO :	Infections Opportunistes
INNTI/INNRT:	Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
INTI/INRT:	Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
IRIS:	Syndrome Inflammatoire de Reconstitution Immunitaire
ITL :	Infection Tuberculeuse Latente
NVP:	Névirapine
PCIME:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PNLS :	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT:	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PVVIH:	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
Sida:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TAR:	Traitement antirétroviral
TB/TBC:	Tuberculose
TB – MR:	Tuberculose à bacilles multirésistants
TOD (ou DOT):	Traitement sous observation directe (Directly Observed Treatment)
TCT :	Test Cutané à laTuberculine
TEP:	Tuberculose Extra Pulmonaire
TME :	transmission du Virus de la mère à l'enfant
PTME :	Prevention de la transmission du virus de la mère à l'enfant
TP:	Tuberculose Pulmonaire
TP+:	Tuberculose bactériologiquement confirmée
TP/C:	Tuberculose cliniquement diagnostiquée
TPI:	Traitement Préventif à l'Isoniazide
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	2
TABLE DES MATIERES	3
INTRODUCTION	4
1. NOTIONS SUR L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SISA	5
1.1. Définition des concepts clés.....	5
1.2. Ampleur de l'épidémie dans le monde	5
1.3. Ampleur de l'épidémie en République du Congo.....	6
1.4. Evolution naturelle de l'infection par le VIH	6
1.5. Transmission et moyens de prévention du VIH.....	8
1.6 Prévention combinée de la transmission du VIH.....	9
1.7 Diagnostic du VIH.....	10
2. NOTIONS SUR LA TUBERCULOSE	17
2.1. Profil épidémiologique de la Tuberculose.....	17
2.2. Introduction à la Tuberculose.....	18
2.3. Diagnostic de la Tuberculose.....	18
2.4. Principes de traitement de la Tuberculose.....	21
2.5. Le suivi de traitement	23
2.6. Gestion des réactions indésirables.....	23
2.7. Gestion des réactions cutanées et l'hépatite médicamenteuse	24
3. COINFECTION TUBERCULOSE VIH/SIDA	26
3.1. Activités de réduction de l'impact de la tuberculose chez les PVVIH	26
3.2. Contrôle de l'infection	29
3.3. Activités de réduction de l'impact de l'infection à VIH chez les tuberculeux	31
3.4. Prophylaxie au cotrimoxazole.....	34
3.5. Traitement aux ARV	36
3.6 Suivi des patients coinfectés.....	37
3.7. Régime de traitement antituberculeux de première intention.....	38
3.8. Promotion de l'adhérence aux traitements	38
3.9 Suivi et évaluation.....	39
4. NOTIONS SUR LE ONE STOP SHOP.....	41
4.1. Stratégies de mise en œuvre du Guichet unique	41
4.2 Modèles du Guichet unique retenus	6
4.2 modèles du Guichet unique retenus	6
DOCUMENTS DE REFERENCE.....	46

INTRODUCTION

L'OMS a estimé l'incidence de la co-infection TB/VIH à 99 (51-162) cas pour 100.000 habitants en 2017 et la mortalité liée à la co-infection TB/VIH à 43 (22-70) cas pour 100.000 habitants. Dans les départements, ce sont les grandes villes Brazzaville et Pointe Noire qui ont testé le moins des cas pas possible, respectivement 12,9% et 12,1%.

Les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé résultent des problèmes communs à la programmation et à la prestation des services relatifs au VIH et à la TB dont :

–les faibles capacités du Ministère de la santé en matière d'élaboration et d'estimation des besoins limitent l'organisation optimale de la prise en charge du VIH, du sida et de la TB dans la perspective de l'accès universel aux services de préventions, de soins et soutien ; ce malgré l'existence du plan national de développement sanitaire 2018-2022 ;

–les difficultés d'intégration des services VIH/TB qui sont gratuits dans les activités des formations sanitaires qui fonctionnent avec un système de recouvrement des coûts, dont une partie sert de prime pour les agents. En effet, l'Etat ne reverse aux formations sanitaires les coûts liés à cette gratuité ;

–l'insuffisance et la forte mobilité des agents de santé dans les formations sanitaires de l'intérieur du pays. Ce qui a un impact négatif sur la permanence et la qualité des services, car il n'est pas rare que les agents de santé formés sur la fourniture des services soient mutés et remplacés par d'autres qui ne sont pas formés. ;

–La répartition inégale des formations sanitaires offrant les services VIH/TB Prive des milliers de personnes surtout en zone rurale l'accès à ces services.

–Le Coût élevé de certains services tel que le suivi prénatal qui limite l'accès des femmes enceintes à la PTME et particulièrement les plus pauvres.

–Le faible niveau de décaissement des fonds de l'Etat alloués aux programmes de VIH et de tuberculose.

–La faiblesse des capacités nationales en matière d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits médicaux. La nouvelle centrale d'achats des médicaments essentiels et génériques (CAMPS) mise en place en 2017 a présenté quelques faiblesses qui n'ont pas permis d'assurer la régularité des approvisionnements en produits médicaux. Ce qui s'est traduit par des ruptures récurrentes en réactifs et consommables de laboratoire utilisés pour le dépistage et le suivi biologique des patients VIH+ et TB.

Le présent guide servira d'un instrument nécessaire pour améliorer le dépistage et se veut être une réponse aux préoccupations des gestionnaires de programmes nationaux et aux prestataires des soins, et permettra aux différents acteurs de mieux répondre aux besoins des patients tuberculeux et co-infectés TB/VIH. Les prestataires des soins y trouveront les orientations pratiques claires pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de ces deux affections.

1. NOTIONS SUR L'ÉPIDÉMIE DU VIH/SIDA

1.1. DÉFINITION DES CONCEPTS CLES

VIH : c'est-à-dire « **Virus de l'immunodéficience humaine** », est le virus qui cause le Sida.

V : Virus.

I : Immunodéficience

H : Humaine

Le VIH anéantit le système de défense de l'organisme qui lutte contre les infections et les maladies (système immunitaire), en infectant certains globules blancs, et affaiblissant ainsi le système immunitaire. Et l'organisme perd ses protections contre les maladies et la personne infectée peut développer des maladies graves et mortelles, notamment d'autres infections et certaines formes de cancer.

Lorsqu'une personne est infectée par le VIH, elle est dite « porteuse du VIH ».

« Séropositif/séropositive » signifie que le « test sérologique » VIH d'une personne s'est révélé positif.

SIDA Signifie **Syndrome d'Immunodéficience Acquis**e, et désigne le stade le plus avancé de l'infection par le VIH.

Syndrome : ensemble de symptômes et des signes résultant de l'infection par le VIH

Immuno : parce que le VIH attaque le système immunitaire et augmente la susceptibilité aux infections

Déficience : diminution de la capacité de se protéger contre les maladies

Acquise : non héréditaire, pour faire la différence avec une maladie génétique ou héréditaire responsable d'un dysfonctionnement immunitaire

TME : Transmission du VIH de la mère à l'enfant ;

PTME : Prévention de la TME

é-TME : Élimination de la TME

Différences entre le VIH, l'infection à VIH et le Sida

Le VIH est le virus qui cause l'infection à VIH :

- La personne infectée par le VIH peut ne pas présenter les symptômes de la maladie mais peut cependant transmettre l'infection à d'autres personnes.
- La plupart des personnes infectées par le VIH développeront le Sida après un certain temps, qui peut aller de quelques mois à plus de quinze ans.
- Le Sida est un ensemble de maladies et d'infections opportunistes graves qui se développent après une longue période d'infection par le VIH.
- Le diagnostic du Sida se fait sur la base de critères cliniques spécifiques et de résultats de tests de laboratoire.

1.2. AMPLEUR DE L'ÉPIDÉMIE DANS LE MONDE

Dans sa fiche d'information de la journée Mondiale du SIDA 2019 de l'ONUSIDA :

- 24.5 millions [21.6 millions–25.5 millions] de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale (*fin juin 2019).
- 37.9 millions [32.7 millions–44.0 millions] de personnes vivaient avec le VIH (en 2018).
- 1.7 millions [1.4 millions–2.3 millions] de personnes sont devenues nouvellement infectées par le VIH (en 2018).
- 770 000 [570 000–1.1 millions] de personnes sont décédées de maladies liées au sida (en 2018).
- 74.9 millions [58.3 millions–98.1 millions] de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie (en 2018).

- 32.0 millions [23.6 millions–43.8 millions] de personnes décédées de suite de maladies liées au sida depuis le début de l'épidémie (en 2018).

VIH / tuberculose (TB)

La tuberculose reste la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH étant ce qui représente environ un décès sur trois.

En 2017, 10,0 millions [9,0 millions - 11,1 millions] de personnes ont contracté la tuberculose, dont 9% vivaient avec le VIH.

Les personnes vivant avec le VIH sans symptômes de tuberculose ont besoin d'un traitement préventif contre la tuberculose. Ce traitement peut avoir pour effet la diminution du risque de développer la tuberculose et la réduction des taux de mortalité par tuberculose / VIH d'environ 40 %.

Il est estimé que 49% des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ignorent qu'ils sont co-infectés et par conséquent ne reçoivent pas de soins nécessaires.

1.3. AMPLIEUR DE L'ÉPIDÉMIE EN RÉPUBLIQUE DU CONGO

La dynamique de l'épidémie du VIH montre que la République du Congo connaît une épidémie de type généralisé avec 3,2% de prévalence chez les adultes selon les données de l'enquête de séroprévalence du VIH et sur les indicateurs du sida (ESIS) réalisée en 2009 et à 2,63% selon les estimations de l'ONUSIDA 2019. Les données Spectrum 2019 indiquent une prévalence en régression chez les 15-24 ans depuis 2014 (-5% chez les garçons et -20% chez les filles entre 2010 et 2018 avec un niveau plus élevé des nouvelles infections chez les filles). En effet en 2018, la prévalence chez les garçons de 15-24 ans était de 0,49% contre 1,61% chez les jeunes filles du même âge. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est estimée à 3,6% [3,0%-4,4%], selon l'étude de séro-surveillance épidémiologique par poste sentinelle (Rapport CNLS 2016).

Le taux de transmission du VIH mère-enfant est en hausse. Il est passé de 15,9% en 2013 à 18,52% en 2018. Le nombre de décès liés au VIH connaît une baisse (5100 à décès entre 2014-2018 à 3960).

En l'absence de données récentes, les nouvelles infections restent élevées avec un niveau en 2017 plus élevé que celui de 2010 (7200 en 2010 et 7900 en 2017). La tranche d'âge de 10-24 ans représente près de 31% de la population générale en 2018 avec une dynamique d'augmentation au fil du temps. En effet, les moins de 15 ans représente 42% de la population dans un contexte d'accroissement de la population de l'ordre de 2,6% l'an (CSN 2019-2022).

Une récente étude bio-comportementale conduite par le CNLSE en 2018 dans le cadre de la subvention précédente du Fonds mondial chez les populations-clés. Les résultats de cette étude montrent une prévalence plus élevée dans ces populations que dans la population générale (41,2 % chez les HSH ; 3,7 % chez les détenus et 8,1 % chez les PS). L'analyse montre que 6,9% des nouvelles infections dans les populations clés surviennent chez les adolescents de 15-19 ans tandis qu'elles représentent 14,9% et 14,4% chez les jeunes de 20-24 ans et 25-29 ans, respectivement.

Cette même étude montre que les nouvelles infections du VIH au sein des populations clés au Congo prédominent dans les groupes de personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels à hauteur de 52,2%, des couples hétérosexuels stables 23,7%, des partenaires féminins réguliers des HSH 14,6%, ainsi que des clients des PS 3,4% (IBBS 2018).

1.4. ÉVOLUTION NATURELLE DE L'INFECTION PAR LE VIH

Stade 1 : Séroconversion

Les personnes infectées par le VIH développent habituellement des anticorps dans un délai allant de 4 à 6 semaines jusqu'à trois mois.

Le temps qui s'écoule entre le moment où une personne est infectée et le moment où les résultats du test des anticorps se révèlent positifs s'appelle « **la fenêtre sérologique** ».

Lorsqu'une personne est récemment infectée, elle produit suffisamment d'anticorps pour que ceux-ci puissent être mesurés par des tests en laboratoire, on atteint le stade de **séroconversion**. Pendant cette période, certaines personnes peuvent développer des infections se manifestant par des signes généraux (ex. : fièvre, rash cutanés, douleurs articulaires et présence de ganglions lymphatiques palpables).

Une personne dont les résultats des tests sanguins montrent la présence des anticorps contre le VIH est dite « **séropositive** ».

Une personne dont les résultats des tests sanguins ne montrent pas la présence des anticorps contre le VIH est dite « **séronégative** ».

Une personne dont le test VIH est négatif mais qui a eu un comportement à risque au cours des trois mois précédents doit effectuer un nouveau dépistage trois mois plus tard.

Stade 2 : Infection asymptomatique du VIH

Une personne qui est infectée par le VIH mais paraît et se sent en bonne santé est dite « **asymptomatique** ». Elle ne présente alors aucun des signes ou symptômes indiquant la présence du VIH. Qu'elles présentent ou pas des symptômes, les personnes séropositives sont susceptibles de transmettre le virus aux autres. La durée de la phase asymptomatique varie de quelques mois à quinze ans, voire plus après l'infection primaire.

Pour les enfants infectés par le VIH, dans le cadre de la TME, la phase asymptomatique est plus courte : certains dès les premières semaines de vie ou à partir de 2 ans et d'autres resteront cependant en bonne santé pendant plusieurs années.

Stade 3 : Infection symptomatique du VIH

Une personne qui présente les signes physiques de l'infection à VIH et constate la présence des symptômes liés de l'infection VIH est dite « **symptomatique** ». A ce stade, le système immunitaire s'affaiblit et la numération des CD4 diminue.

Stade 4 : Sida

Presque toutes les personnes séropositives vont développer avec le temps la maladie liée au VIH, le **Sida**, qui est le stade terminal de l'infection par le VIH. Avec l'évolution du VIH, le nombre de CD4 continue à diminuer et la personne infectée est sujette à des infections opportunistes.

Une « **infection opportuniste** » est une maladie causée par un microbe qui ne cause habituellement pas de maladie chez une personne en bonne santé, mais qui va rendre malade une personne dont le système immunitaire est affaibli.

Les personnes se trouvant à un stade avancé du VIH souffrent d'infections opportunistes comme la pneumonie à *Pneumocystis jiroveci* (PPC), la cryptosporidiose, l'histoplasmosse, d'autres maladies parasitaires, infections virales et fongiques, et certaines formes de cancers comme le sarcome de Kaposi. **La tuberculose (TB) est l'infection opportuniste la plus fréquente chez les sujets infectés par le VIH.**

Le TARV, la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes permettent de maintenir le nombre des cellules CD4 à un niveau suffisamment élevé, de diminuer la charge virale, et retarder ainsi l'évolution de l'infection vers le stade symptomatique et finalement vers le Sida.

1.5. TRANSMISSION ET MOYENS DE PREVENTION DU VIH

1.5.1. Modes de transmission du VIH

❖ Transmission par voie sexuelle (VIH vénérien)

Le mode de transmission le plus courant est le contact sexuel, en particulier par des rapports hétérosexuels et homosexuels.

- Rapport sexuel non protégé (vaginal, oral, anal) ;
- Contact direct avec des liquides organiques infectés par le VIH : sperme, glaires cervicales ou sécrétions vaginales.

Entre hommes, le risque de transmission homosexuelle du VIH lors de rapports avec pénétration anale est élevé en raison de la fragilité et de la perméabilité de la muqueuse anale :

- ✓ Lors d'un rapport, le risque est de 0,01 à 0,18 % pour un homme pratiquant une pénétration anale non protégée sur un homme VIH+ ;
- ✓ Il atteint 0,3 à 3 % en cas de pénétration anale non protégée par un partenaire VIH+.
- ✓ Dans certains pays, la séroprévalence pour le VIH parmi les homosexuels se situe autour de 20 %.

❖ Transmission par voie sanguine (VIH transfusionnel)

Se fait au cours : de la transfusion de sang infecté par le VIH ; Contact direct avec du sang infecté par le VIH ; à travers les objets tranchants ou pointus souillés ; transmission par consommation de drogues injectables avec des aiguilles contaminées par le VIH.

❖ Transmission du VIH de la mère à l'enfant « TME » (VIH/SIDA parental) :

La TME est également appelée « transmission verticale » ou « transmission périnatale » du VIH d'une mère séropositive à son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement maternel. La majorité des enfants infectés par le VIH le sont par la TME.

En l'absence d'interventions (traitement ou prophylaxie aux ARV), près de 40 % d'enfants nés des mères infectées par le VIH peuvent contracter le virus.

1.5.2. Facteurs de risque de transmission

Les trois principaux facteurs de risque de transmission sexuelle du VIH sont :

- ✓ L'importance de la charge virale dans le sang, celle-ci entraînant la présence d'une quantité élevée de virus dans les sécrétions génitales ;
- ✓ L'existence de lésions génitales, surtout si elles sont ulcérées, qui facilitent la pénétration du virus à travers la muqueuse (par exemple, ulcères herpétiques) ;
- ✓ La multiplicité des partenaires sexuels, qui augmente le risque de contact avec un partenaire infecté par le VIH.

D'autres facteurs de risque existent : infection à VIH-1 (plus virulent que le VIH-2), rapports sexuels au moment des règles, absence de circoncision chez l'homme ; IST, rapports sexuels précoces, recours à la

prostitution, faible statut de la femme (insuffisance de ressources économiques, manque d'accès à l'éducation sexuelle).

Cas de la transmission mère enfant :

- Facteurs viraux : type de virus (VIH1 vs VIH2) ; la charge virale maternelle élevée (infection VIH récente ou avancée) ; réinfection à VIH.
- Facteurs maternels : avitaminose A, anémie ; les IST, la chorioamniotite, une infection placentaire (virale, bactérienne) ou parasitaire), la malnutrition maternelle (cause indirecte), mastites et abcès du sein, mamelon fissuré.
- Facteurs obstétricaux : les transfusions du sang du cordon ombilical, les tractions sur le cordon ombilical, les touchers vaginaux intempestifs et trop répétés ; les aspirations intempestives des mucosités ; rupture prolongée des membranes ; tous les actes invasifs pendant le travail, (ex. épisiotomie, application des ventouses ou de forceps), l'accouchement par voie basse.
- Facteurs liés au nouveau-né : allaitement au sein, allaitement mixte, durée d'allaitement, lésions buccales et intestinales du bébé, le premier-né d'une grossesse multiple.

1.6. PREVENTION COMBINEE DE LA TRANSMISSION DU VIH

1.6.1. Définition

C'est la combinaison des méthodes biomédicales, comportementales et structurelles dans le but de réduire les nouvelles infections par le VIH.

1.6.2. Interventions à mettre en œuvre

- ❖ **Interventions biomédicales** : Distribution de préservatifs masculins et féminins ; Traitement de substitution chez les utilisateurs de drogues (opioïdes, fourniture d'aiguilles et de seringues) ; Circoncision médicale sécurisée ; Prophylaxie biomédicale : ARV pour la PTME, PrEP et PEP ; Services d'IST appropriés et accessibles ; Sécurité sanguine ; Règles de précaution universelle.
- ❖ **Interventions comportementales** : Dépistage du VIH et counseling de réduction du risque ; CCSC ; Réduction du nombre des partenaires ; Utilisation préservatifs ; Utilisation des services de dépistage et de counseling ; Education sur le VIH ; Communication interpersonnelle (pair éducation et persuasion) ; Marketing social des produits de prévention ; Motivation pécuniaire de la réduction du risque.
- ❖ **Interventions structurelles**
 - **Interventions sociales et culturelles** : Dialogue et mobilisation communautaire ; Programmes de réduction de la stigmatisation ; Plaidoyer et formation de coalition pour la justice sociale ; Communication media et interpersonnelle ; Reforme curriculum scolaire ; Soutien au leadership jeune
 - **Interventions environnement physique** : Politique et norme d'habitat ; Sécurité alimentaire ; Développement des infrastructures
 - **Interventions économiques, légales et politiques** : Plaidoyer stratégique pour une réforme légale ; Programmation droits humains ; Diplomatie préventive ; Micro-finance/microcrédit communautaire ; Formation/plaidoyer avec la police, juges ; Politiques d'accès aux préservatifs (écoles, prisons) ; Revue et révision des politiques en milieu de travail ; Analyse des parties prenantes et formation d'alliances ; Régulation/dérégulation, taxes

1.6.3. Modalités de prescription de la prévention combinée

- **Préventions combinées - Transmission HSH** : Préservatifs ; Détailler les pratiques et habitudes de rencontre ; Recherche des IST : définir le rythme de dépistage avec le patient en fonction du contexte (couple dits « ouverts ») et des pratiques ; Traitement du sujet index : si indication, si souhait ; Choix de molécules à bonne diffusion génitale ; Explications sur le risque résiduel ; Suivi sérologique du partenaire ; Possibilité de traiter le partenaire négatif en cas d'AES si virémie plasmatique détectable ou à sa demande
- **Préventions combinées - Transmission hétérosexuelle** : Préservatifs ; Recherche des IST (1 fois) ; Traitement du sujet index : si indication, si souhait ; Information du partenaire : liberté de choisir son risque... ; Explications sur le risque résiduel (inconnu...) ; Suivi sérologique du partenaire : 1 x/an ; Pas de traitement du partenaire en cas d'AES si virémie plasmatique indétectable

Un comportement et des pratiques sexuels responsables et à moindre risque : le retardement du début de l'activité sexuelle, la pratique de l'abstinence, la réduction du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de préservatifs.

Cette approche est connue sous l'appellation « **ABC** », à laquelle on ajoute le D.

A = Abstinence

B = Bonne fidélité à un partenaire séronégatif

C = Condom (préservatifs): les utiliser systématiquement et correctement

D = Dépistage

Il faudrait :

Décourager les partenaires sexuels multiples, Accroître la perception du risque chez les femmes sur l'infection pendant la grossesse par le counseling et l'IEC (CCSC)

1.7. DIAGNOSTIC DU VIH

1.7.1. Conseils et dépistage du VIH

Le counseling (conseils) se définit comme étant un dialogue confidentiel entre un client et un personnel prestataire de services en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/SIDA. Il consiste à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs.

❖ Etapes du pré-test

Ces étapes sont : Accueil, Assurer la confidentialité de toute information et présenter les bénéfices de la confidentialité partagée avec l'équipe soignante, Fournir des informations clés au client, Evaluer les risques du client vis-à-vis du VIH, Développer un plan de réduction du risque, Expliquer la signification du test de sérologie, Expliquer les avantages de connaître son statut sérologique, Expliquer les différentes possibilités des résultats, Expliquer que le refus du test VIH n'entravera pas les soins qui ne nécessitent pas la connaissance du statut sérologique VIH, Obtenir le consentement éclairé du client, Proposer le test VIH, et enfin Prélèvement et test (par le prestataire/labo)

❖ Les étapes du counseling post-test d'un résultat négatif

Ces étapes sont : Accueil, présentation et remerciement ; Faire un bref rappel du pré-test, rassurer la confidentialité ; Annoncer le résultat ; Expliquer le résultat ; Evoquer la période de fenêtre sérologique ; Révision du plan de réduction du risque (ABC) ; Evoquer la notion de sérodiscordance ; Offrir le service (prévention ou PEC), La qualité des procédures utilisées par les labo (fiabilité du test), La notification du résultat au partenaire,

Encourager le dépistage du/des partenaire(s), Fixer un rendez-vous si c'est nécessaire ; La qualité des procédures utilisées par les labo (fiabilité du test) ; La notification du résultat au partenaire ; Encourager le dépistage du/des partenaire(s) ; Fixer un rendez-vous si c'est nécessaire

❖ **Counseling post-test positif**

Ces étapes sont : Accueil ; présentation et remerciement ; Faire un bref rappel du pré-test, rassurer la confidentialité ; Annoncer le résultat ; Laisser au client le temps de faire face au choc de l'annonce ; Expliquer la signification du résultat ; Apporter un soutien psychologique ; Elaborer un plan d'action de réduction de risque ; Encourager le client à vivre positivement (Hygiènes, mesures préventives, ...) ; Aborder la question du préservatif et ses implications (évoquer la notion de double protection) ; Aborder la question du ou des partenaire(s) sexuel(s) ; Evoquer la notion de sérodiscordance ; Aborder la question de la prise en charge médicale et psychosociale ; Offrir les services de PEC.

❖ **Les réactions psychologiques**

A l'annonce du résultat, le client pourrait avoir les réactions ci-après : Le choc, Le déni, La colère, La peur, Le sentiment de culpabilité, La dépossession, La dépression : peur de voir la mort immédiate, Les préoccupations d'ordre spirituel

❖ **Counseling post-test indéterminé**

Les points ci-après devront être respectés : Accueil, présentation et rassurer la confidentialité, Bref rappel du pré-test ; Annoncer le résultat, Laisser au client le temps de faire face au choc de l'annonce, Expliquer la signification du résultat indéterminé, Encourager le client à prendre les précautions d'une vie positive jusqu'à la reprise du test, Aborder la question du préservatif et ses implications, Aborder la question du/des partenaire(s) sexuel(s), Aborder la question de la PEC psychosociale, Fixer un rendez-vous après 14 jours.

1.7.2. Diagnostic biologique du VIH

Le diagnostic biologique du VIH est basé sur la recherche du virus ou d'une de ses particules (tests directs) ou de la présence des anticorps dirigés contre le VIH (tests indirects). Il s'agit d'organiser le dépistage du VIH en fonction du plateau technique disponible et conformément aux normes du PNLS.

❖ **Types des tests**

Deux types de tests VIH peuvent être réalisés pour établir le diagnostic :

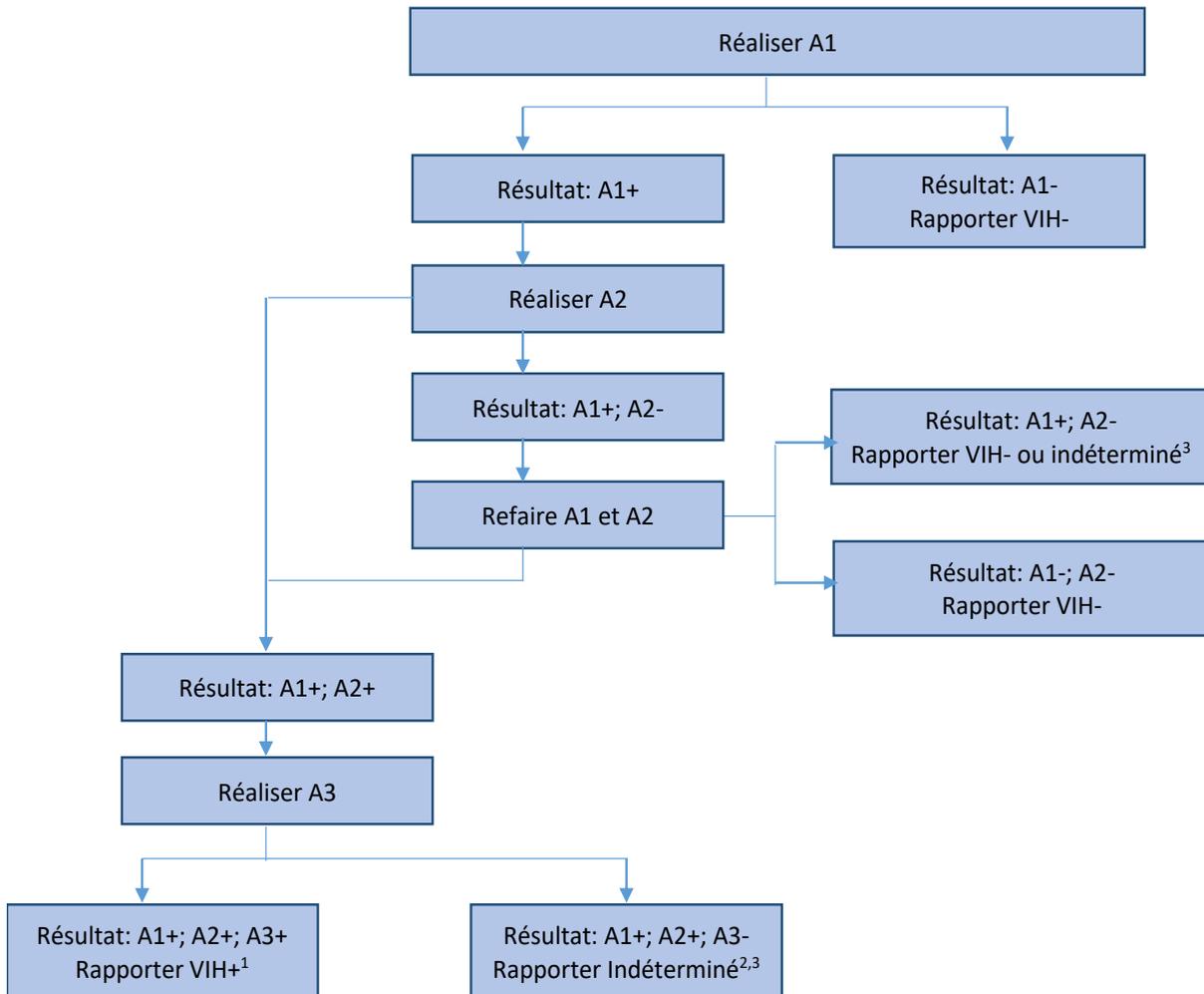
- Les tests directs utilisent principalement les techniques de culture, de biologie moléculaire, de microscopie électronique et d'ELISA pour l'antigène.
- Les tests indirects utilisent les techniques ELISA et les tests de diagnostic rapides. Certains tests de dépistage rapide (TDR) détectent à la fois les Ac anti-VIH et l'Ag p.

❖ **La première alternative**

Elle s'applique à la population générale. Le résultat positif est rendu après concordance des résultats de 2 tests réalisés en série selon l'algorithme.

Procédure 1:

- Faire le dépistage avec le test rapide Determine **HIV 1/2**.
- Si le résultat est négatif, répondre résultat **négatif**.
- Si le résultat est positif, faire l'examen avec le second test **Vikia HIV 1/2** (test de confirmation).
- Si le résultat du second test est négatif, refaire les deux tests sur le même échantillon au même moment :
- Si les résultats de deux tests sont négatifs, répondre négatif ;
- Si les résultats sont toujours discordants, demander au client de revenir 14j après et reprendre la démarche.



Note :

Les tests A1, A2, A3 représentent les tests en vigueur dans l'algorithme (Determine HIV1/2e, Vikia HIV1/2 et Unigold HIV)

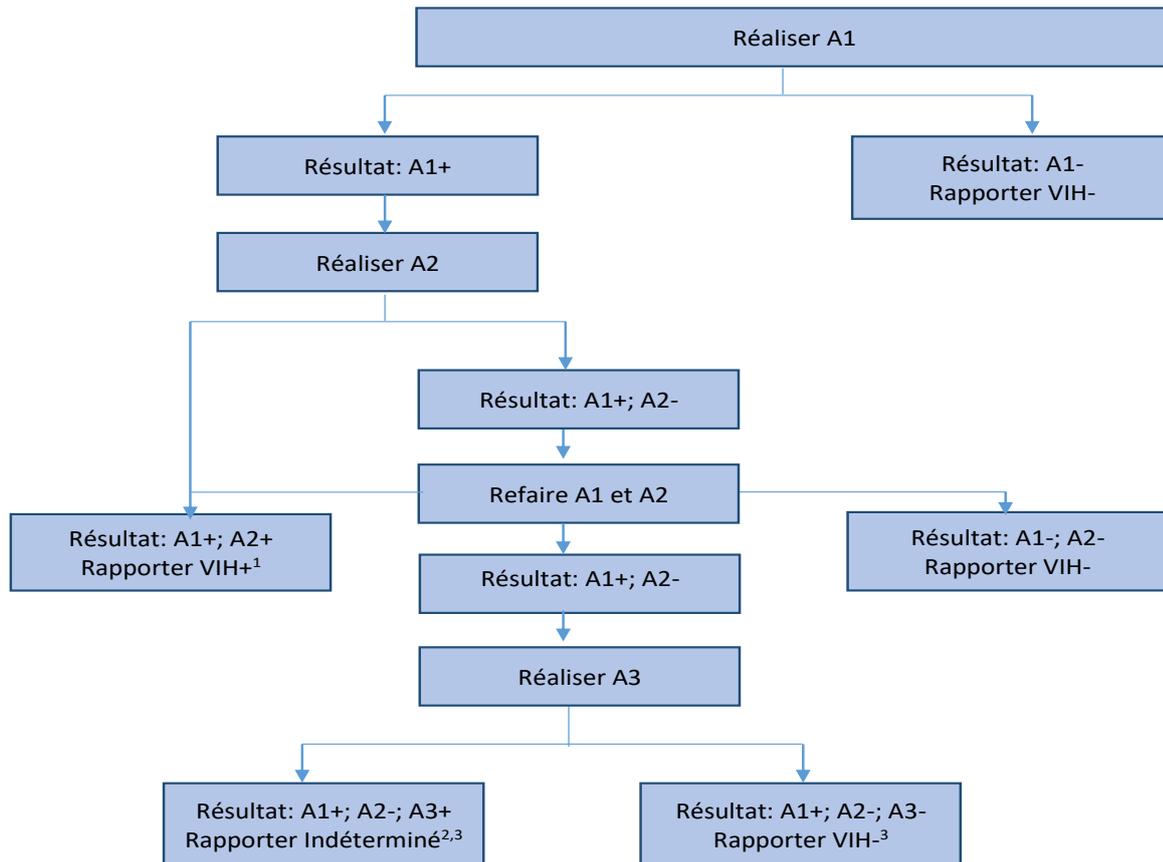
1= pour les individus nouvellement diagnostiqués, un résultat positif doit être confirmé selon le même algorithme sur un second échantillon pour exclure une erreur de laboratoire

2= le retesting doit être réalisé sur un nouvel échantillon prélevé 14 jours après pour exclure une éventuelle séroconversion

3= si A1 est un test duo (qui détecte les Ag et les AC), et A2 et A3 un test qui ne détecte que les Ac, le retesting doit être fait avec un échantillon prélevé 14 jours après.

❖ La deuxième alternative

Elle s'applique aux groupes de la population avec prévalence élevée (prévalence >5% : TB, PS, HSH, TG, UDI...). Le résultat positif est rendu après concordance des résultats de 2 tests réalisés en série selon l'algorithme ci-dessous :



Note :

Les tests A1, A2, A3 représentent les tests en vigueur dans l'algorithme (Determine HIV1/2, Vikia HIV1/2 et Unigold HIV)

1= pour les individus nouvellement diagnostiqués, un résultat positif doit être confirmé sur un second échantillon pour exclure une erreur de laboratoire

2= le retesting doit être réalisé sur un nouvel échantillon prélevé 14 jours après pour exclure une éventuelle séroconversion

3= si A1 est un test duo (qui détecte les Ag et les AC), et A2 et/ou A3 un test qui ne détecte que les Ac, le retesting doit être fait avec un échantillon prélevé 14 jours après.

1.7.3. Autotest

- ❖ **Définition** : L'autotest est le processus par lequel une personne qui veut connaître son statut sérologique par rapport au VIH, se procure un test, prélève son propre échantillon, procède à la réalisation du test et interprète le résultat.
- ❖ **Indication** : C'est une approche émergente qui permet d'améliorer l'accès aux services de dépistage du VIH chez les clients qui ne peuvent pas ou sont peu disposés à se rendre dans une structure de soins et ceux qui ont besoin de tests réguliers (PS, HSH, UDI...).
- ❖ **Avantages de l'autotest** : Résultat rapide en 10-30 minutes ; Fiabilité jusqu'à 99% ; Exige un certain habilité qui peut nécessiter un accompagnement (niveau, d'instruction, langue utilisée dans la notice).
- ❖ **Inconvénients de l'autotest** : Résultat fiable exige un délai de 3 mois après l'exposition à une situation de risque alors qu'un test en laboratoire peut être fait dans les 6 semaines ;

Un résultat positif doit toujours être confirmé par un test prescrit par le médecin ou exécuter dans un centre de dépistage avant la mise sous traitement ;

1.7.4. Diagnostic du VIH chez le nourrisson en dessous de 18 mois

Dans cette population, la confirmation de l'infection à VIH est faite en utilisant la PCR-DNA du fait que les anticorps maternels qui sont passés par voie transplacentaire de la mère au fœtus peuvent persister chez le nourrisson jusqu'à 18 mois.

Des approches innovantes telles que l'utilisation de *points of care* pour la réalisation d'une PCR-DNA à la naissance (J0 à J2) peuvent améliorer l'identification rapide et l'initiation du traitement chez les nourrissons. Tous les nourrissons et les enfants de moins de 18 mois doivent bénéficier des tests virologiques pour le diagnostic de l'infection à VIH.

- **La PCR-DNA** sur sang total **ou DBS**, **PCR-RNA** sur plasma ou **DBS**, **Ag p24** sur plasma ou DBS sont les tests et échantillons recommandés pour les tests virologiques chez les nourrissons et enfants. Tous les enfants exposés doivent bénéficier d'un test virologique entre J0-J2 et entre 4-6 semaines de vie ou à la première opportunité après cette période.
- Les nourrissons avec un résultat positif au test virologique initial (7-14j) en principe doivent être mis immédiatement sous ARV et au même moment bénéficier d'un second prélèvement pour confirmer le premier résultat.
- Les résultats positifs doivent être priorités pour permettre l'initiation rapide du traitement ARV.

1.7.5. Diagnostic clinique de l'infection à VIH

❖ MANIFESTATIONS CLINIQUES :

Les signes cliniques ci-après permettent de poser le diagnostic du VIH : Amaigrissement (>10 % du PC): Fièvre de plus d'un mois, Diarrhée chronique de plus d'un mois, Toux persistant plus d'un mois, Zona périodique, Prurigo, Herpès simple chronique, Candidose digestive, Adénopathies traînantes, Infections courantes répétées

❖ CLASSIFICATION DE L'OMS

Tableau 1 : Stades cliniques de l'OMS pour les Adolescents et Adultes

Stade 1 :	
<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique - Adénopathies généralisées 	
Stade 2 :	
<ul style="list-style-type: none"> - Hépatosplénomégalie - Prurigo papillaire - Dermatite séborrhéique - Infections mycosiques unguéales - Perlèche - Erythème gingival linéaire (LGE) ou plus en 6 mois - Parotidite chronique 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections disséminées à molluscum contagiosum (>5% de la surface corporelle) - Ulcérations buccales à répétition (2 épisodes ou plus en 12 mois) - Zona à répétition (2 épisodes ou plus en 6 mois) - Infections ORL à répétition : Sinusite ou otites moyennes aiguës : 2 épisodes
Stade 3	
<ul style="list-style-type: none"> - Retard staturo-pondéral et rapport poids/Taille (P/T) bas malgré les - Suppléments nutritionnels - Diarrhée persistante inexplicée (> 14 jours) - Fièvre persistante inexplicée (> 1 mois) - Candidose buccale persistante (en dehors de la période néonatale) - Leucoplasie orale chevelue - Tuberculose pulmonaire - Tuberculose ganglionnaire (axillaire, cervicale ou inguinale) - Néphropathie liée au VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections bactériennes (présumentées) pulmonaires à répétition 2 épisodes ou plus en 12 mois) - Parodontite ou /Gingivite aigüe nécrotique ulcéranle - Pneumonie interstitielle lymphoïde - Anémie inexplicée (8 mg/dl), neutropénie (< 1000/mm³) ou - Thrombocytopénie (< 30.000/mm³) pendant > 1 mois - Cardiomyopathie liée au VIH
Stade 4 :	
<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition sévère persistante inexplicée malgré les suppléments nutritionnels - Pneumopathie à Pneumocystis jirovecii (Carinii) - Infections bactériennes sévères (empyème, pyomyosite, arthrite, ostéomyélite, méningite)> 2 épisodes/an - Infection herpétique chronique orolabiale ou cutanée (>1 mois) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose extra pulmonaire - Sarcome de Kaposi - Candidose œsophagienne - Rétinite à CMV - Toxoplasmose cérébrale - Méningite à cryptocoques - Encéphalopathie

	- Néphropathie liée au VIH
--	----------------------------

Tableau 2 : La classification clinique de l'OMS Chez l'Enfant

State 1:	
- Asymptomatique - Adénopathies généralisées	
Stade 2 :	
- Hépato splénomégalie - Prurigo papillaire - Dermatite séborrhéique - Infections mycosiques unguéales - Perlèche - Erythème gingival linéaire (LGE) ou plus en 6 mois - Parotidite chronique	- Infections disséminées à molluscum contagiosum (>5% de la surface corporelle) - Ulcérations buccales à répétition (2 épisodes ou plus en 12 mois) - Zona à répétition (2 épisodes ou plus en 6 mois) - Infections ORL à répétition : Sinusite ou otites moyennes aiguës : 2 épisodes
Stade 3	
- Retard staturo-pondéral et rapport poids/Taille (P/T) bas malgré les suppléments nutritionnels - Diarrhée persistante inexplicée (> 14 jours) - Fièvre persistante inexplicée (> 1 mois) - Candidose buccale persistante (en dehors de la période néonatale) - Leucoplasie orale chevelue - Tuberculose pulmonaire - Tuberculose ganglionnaire (axillaire, cervicale ou inguinale) - Néphropathie liée au VIH	- Infections bactériennes (présumentées) pulmonaires à répétition 2 épisodes ou plus en 12 mois - Parodontite ou /Gingivite aigüe nécrotique ulcérante - Pneumonie interstitielle lymphoïde - Anémie inexplicée (8 mg/dl), neutropénie (< 1000/mm ³) ou - Thrombocytopénie (< 30.000/mm ³) pendant > 1 mois - Cardiomyopathie liée au VIH
Stade 4:	
- Malnutrition sévère persistante inexplicée malgré les suppléments nutritionnels - Pneumopathie à Pneumocystis jirovecii (Carinii) - Infections bactériennes sévères (empyème, pyomyosite, arthrite, ostéomyélite, méningite)> 2 épisodes/an - Infection herpétique chronique orolabiale ou cutanée (>1 mois)	- Tuberculose extra pulmonaire - Sarcome de Kaposi - Candidose œsophagienne - Rétinite à CMV - Toxoplasmose cérébrale - Méningite à cryptocoques - Encéphalopathie - Néphropathie liée au VIH

2. NOTIONS SUR LA TUBERCULOSE

2.1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE

Le Congo est parmi les 30 pays à charge élevée de la tuberculose dans le monde, avec une incidence de 375 (238-543) cas pour 100 000 habitants en 2018 (données : www.who.int/tb/data). Le taux de mortalité TB (toutes formes, VIH+ et VIH-) au Congo est estimée à 100 (66-142) décès pour 100 000 pour l'année 2018 (données : www.who.int/tb/data).

Le taux de déclaration des nouveaux cas TB et rechutes est passé de 244 en 2013 à 212 cas pour 100.000 habitants en 2018 bien que le nombre absolu de nouveaux cas TB et rechutes ait augmenté de 7% en 2018 par rapport à 2017. Malgré la sous-notification, il a été rapporté une augmentation annuelle du nombre de cas en retraitement (échecs + reprises) depuis 2013. C'est ainsi qu'un total de 282 cas en retraitement a été rapporté en 2018 soit une augmentation annuelle de 9% depuis 2013. Les retraitements (y compris rechutes) représentent 5% du nombre total de cas déclarés en 2018.

En ce qui concerne les nouveaux cas et rechutes bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, le taux de déclaration a baissé de 96,8% en 2013 et 73,7% en 2016 pour 100.000 habitants et demeuré stationnaire à 78% jusqu'en 2018.

Le taux de déclaration de la TB par classe d'âge et par sexe est plus élevé chez les hommes dans toutes les classes d'âge à partir de 15 ans. Le taux maximal est de 393 pour 100 000 habitants pour les hommes de 45 à 54 ans. Le taux de notification est de 168 pour 100 000 habitants pour les hommes de 15 à 24 ans. Le taux de déclaration chez les femmes âgées de 35 à 44 ans est de 263 pour 100 000 habitants et le taux maximal est observé chez les femmes de 55 à 64 ans (323 pour 100 000).

S'agissant de la co-infection TB/VIH, les données rapportées en 2018, montrent un taux de détection d'environ 18,5% chez les patients TB. Cependant, depuis 2015, ce taux de détection reste très faible, en deçà de 25%, ce qui reste largement inférieur aux normes établies selon lesquelles au moins 90% des patients tuberculeux connaissent leur statut sérologique.

Pour la TB pharmacorésistante, en l'absence d'étude de prévalence de la pharmacorésistance aux antituberculeux, l'OMS, estime la prévalence de la résistance à la Rifampicine chez les nouveaux cas TB au Congo à 2,4% (1,1-4,2) et à 12% (8,7-16) chez les cas TB précédemment traités en 2018 (données : www.who.int/tb/data). Selon le rapport 2018 du PNLT, sur les 10 706 cas de tuberculose déclarés en 2018 (nouveaux et rechutes), 1 435 (13,40%) ont été testés dont 58 confirmés TB-MR et 47 mis sous traitement. Le taux de succès thérapeutique pour la cohorte nationale de 2017 est de 64,2%. Ce taux est en recul par rapport à 2016 (77%).

Ces dix dernières années, le Congo a réalisé des progrès dans la lutte contre le sida et la TB par : (i) les services de communication pour le changement de comportement ; (ii) la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire, de prise en charge syndromique et étiologique des infections sexuellement transmissibles, de la sécurité transfusionnelle, de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH. De plus, introduction des Point-Of-Care, notamment le GeneXpert, a permis de mettre en place un système d'identification des personnes TB positives porteuses des résistances.

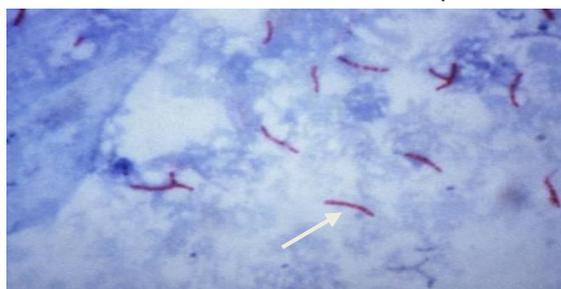
Ces progrès sont très variables selon les Départements, les groupes de population et les types d'interventions, et leur rythme se révèle insuffisant pour atteindre d'ici 2022 les objectifs des cadres stratégiques.

2.2. INTRODUCTION A LA TB

2.2.1. Définition de la Tuberculose

- *La TB est une maladie infectieuse causée par les bactéries du complexe Mycobacterium tuberculosis (bacille de Koch ou BK).*
- *Les Bacilles de la TB sont des Bacilles-Acido-Alcool-Résistants (BAAR) parce que la coloration mettant en évidence cette bactérie résiste à l'action de l'acide et de l'alcool.*

Vue au Microscope



2.2.2. Transmission de la TB

- *D'1 personne à 1 autre : Lorsqu'une personne atteinte de TB pulmonaire tousse, éternue ou rit, elle expulse dans l'air de minuscules particules contenant les BK.*
- *Moins fréquemment transmis par le Mycobacterium bovis :*
- *Dans le lait non pasteurisé*

2.2.3. Facteurs de risque de transmission de la TB

- État bactériologique de la source : Les patients à frottis positifs sont les plus contagieux
- Durée d'exposition aux patients contagieux : Les patients infectés d'une TB pulmonaire peuvent infecter les personnes avec qui ils sont en contact ;

La personne qui est la plus proche physiquement d'un patient contagieux, avec une durée longue, court le plus grand risque d'être infectée par la TB.

- Système immunitaire compromis : Surtout le VIH

2.3. DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

2.3.1. Introduction

Ce diagnostic repose sur des critères d'orientation cliniques et radiologiques qui sont des éléments de suspicion et des critères de certitude bactériologiques qui mettent en évidence l'agent causal, le **Bacille de Koch**.

But du diagnostic : Identifier au sein de la communauté, de façon permanente, les cas de tuberculose en vue de les guérir par la chimiothérapie appropriée.

Groupe des populations à examiner

- Un présumé avec **une toux avec ou sans expectoration**, quel que soit le **nombre de jours** ;
- Les personnes consultant spontanément les structures de soins ;
- Les personnes vivant au contact étroit d'un cas index de la tuberculose à savoir : un cas de tuberculose pulmonaire et/ou un cas de tuberculose apparu chez un enfant de moins de 5 ans, surtout si elles présentent des symptômes évocateurs de la tuberculose ;
- Les personnes ayant une forte suspicion d'infection à VIH ou ayant une sérologie VIH positive ;
- Les groupes spécifiques vulnérables ou à risque élevé : les prisonniers, les enfants de moins de 15 ans (en particulier ceux de moins de 5 ans), les déplacés de guerre, les réfugiés, les militaires, les travailleurs des mines, le personnel soignant, les diabétiques, etc.

Les personnes autorisées à identifier et orienter au CDT tout présumé sont :

- Les Relais communautaires ;
- Les Agents de santé communautaire ;
- Les Tradi-praticiens ;
- Le Personnel de santé de formations sanitaires **publiques** ou **privées**

N.B: Seul le prestataire de soins est autorisé à demander l'examen de crachats.

2.3.2. Diagnostic de la TB pulmonaire

Approche recommandée pour le diagnostic de la TB

Faire :

- **Examen clinique**
 - ❖ Anamnèse : l'historique complet, y compris les antécédents de contact TB et les symptômes de la TB-maladie ;
 - ❖ L'examen physique.
- **Les examens paracliniques d'orientation et de certitude :**
 - ❖ Les investigations de laboratoire et radiologique pour la TB pulmonaire et extra pulmonaire ;
 - ❖ Les investigations dans les urines chez les patients avec taux de CD4 inférieur 200 cel/ml(TB LAM)
 - ❖ La confirmation bactériologique ;
 - ❖ Le Test VIH.

A. Examen clinique :

❖ Anamnèse

➤ Histoire de la maladie

Le recueil d'une bonne histoire de la maladie est la première étape pour diagnostiquer la TB ; demander au patient ou l'accompagnant de décrire :

- Quand et comment les symptômes ont commencé : Plus précisément se renseigner sur l'appétit, les gains et pertes de poids ;
- Si toux, poser des questions sur la production de crachats et sur la présence du sang ;

- Rechercher la notion de contact TB ou
- Autres conditions médicales qui prédisposent à la TB ;
- Histoire ou ATCD de la TB-maladie et des traitements reçus.

➤ **L'importance de la notion de contact avec un cas de TB**

Tous les résultats doivent être considérés avec précaution, mais une notion de contact étroit avec un cas contagieux (frottis positif) de TB est capitale.

❖ **Examen physique**

- Aspect : Mince ou émacié
- Température : Normale ou élevée
- Ganglions lymphatiques : adénopathies

• **L'examen du Thorax :**

- Les sons peuvent être normaux, mais il peut y avoir une respiration bronchique, des râles crépitants et une respiration sifflante (unilatérale)
- La fréquence respiratoire peut être normale ou élevée
- La matité à la percussion (dans les cas d'épanchements pleuraux)
- Les bruits cardiaques lointains en cas d'épanchement péricardique (assourdissement)
- La trachée peut être déplacée dans un cas grave

❖ **Présentations cliniques de la TB pulmonaire**

La TB pulmonaire se présente comme une pneumonie sévère avec respiration rapide et détresse respiratoire

- La toux sèche ou grasse ;
- La fièvre, la sueur nocturne ;
- L'anorexie et le faible gain de poids.

❖ **Présentation Clinique de la TB Pulmonaire Chez les adolescents**

Les adolescents ont une présentation clinique semblable à celle des adultes atteints de TB et présente une :

- Toux pendant 2 ou plusieurs semaines ;
- Fièvre pendant 2 ou plusieurs semaines ;
- Perte de poids, anorexie, malaise, ...

Plus susceptibles d'avoir des douleurs à la poitrine, hémoptysie (crachats de sang) Plus fréquente chez les enfants < 2 ans.

B. Examens paracliniques de confirmation ou de certitude

Rechercher une confirmation bactériologique chez tous les présumés TB ;

Le Spécimen utilisé : principalement le Crachat. On utilise aussi le liquide de ponction ganglionnaire, liquide d'épanchement pleural, liquide d'aspiration gastrique,

Les Examens à faire : - Ziehl

- Culture
- GeneXpert

❖ Prélèvement des échantillons

Les crachats doivent être prélevés pour un examen microscopique de frottis, culture et Xpert MTB/Rif. Ceci peut être fait par : **Expectoration (crachats)** :

2 échantillons pour examen microscopique de frottis :

- Immédiatement et tôt le matin
- 1 échantillon pour la culture des mycobactéries.

● Obtention du Crachat Immédiat (Expectoration)

- ✓ Obtenir et enregistrer les informations en rapport avec la notion de contact du patient dans le formulaire de demande de crachats ;
- ✓ Obtenir un crachat immédiat par expectoration :
 - Faire tousser en plein air pour obtenir un crachat ;
 - Diriger le patient en restant derrière lui ;
 - Vérifier que l'échantillon contient bien un crachat et pas seulement la salive ;
 - Envoyer l'échantillon au laboratoire pour une microscopie BAAR et une culture de mycobactéries ;
 - Renvoyer le patient à la maison avec un récipient pour le premier crachat du lendemain matin.

● Obtention du crachat matin

- Le spécimen du matin a généralement le rendement le plus élevé ;
- Le Patient produit le crachat tôt le matin à la maison et l'apporte le jour même, au centre de santé.
- Tous les échantillons sont envoyés au laboratoire pour examen microscopique de frottis BAAR, la culture des mycobactéries dans les 24 heures et Xpert MTB/Rif

2.4. PRINCIPES DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Afin de réaliser un traitement efficace, la chimiothérapie adéquate doit être prescrite :

- Dans une combinaison appropriée ;
- Avec un dosage adéquat ;
- Dans une formulation appropriée ;
- Pour une bonne durée du traitement

❖ Stratégie du traitement de la TB

Le Traitement sous observation directe (TOD, ou DOT : Directly Observed Treatment) est la pierre angulaire du traitement contre la TB ;

Le DOT signifie qu'un observateur regarde le patient avaler ses comprimés tous les jours pendant toute la durée du traitement et cela garantit que patient prend les bons médicaments, aux bonnes doses et aux intervalles indiqués.

❖ Pourquoi est-ce que le DOT est important ?

Pour éviter que les patients manquent des doses ou arrêtent les médicaments quand ils commencent à se sentir mieux.

❖ Rôle du personnel soignant dans le traitement contre la TB

Le prestataire des soins doit être capable de :

- Diagnostiquer la TB ;
- Prescrire un régime adéquat (médicaments et durée corrects) dans une formulation appropriée
- Faire face aux problèmes de mauvaise adhérence lorsqu'ils se présentent.

❖ Les régimes du traitement de la TB

Il y a deux phases de traitement de la TB : la phase intensive et la phase de continuation.

- Durant la phase intensive :
 - Il y a destruction/mort rapide des bacilles tuberculeux ;

La plupart de personnes avec un frottis positif devient non contagieuse après environ 2 semaines.

- Durant la phase de continuation :
 - Les drogues tuent les bactéries restantes,
 - Préviennent la rechute après la fin du traitement.

❖ Les médicaments contre la TB

Les médicaments essentiels de première ligne :

- Isoniazide (H) ;
- Rifampicine (R) ;
- Pyrazinamide (Z) ;
- Ethambutol (E) ;

NB : La streptomycine n'est plus utilisée en première intention dans la plupart de pays aujourd'hui du fait de son administration parentérale exclusive et de sa toxicité rénale et auditive dose-dépendante.

L'avantage de la thérapie multi-drogues réside dans les points suivants :

- Les antituberculeux sont synergiques les uns avec les autres
- Leurs actions combinées produisent un effet plus grand que la somme des effets individuels.
- Ces trois médicaments (H, R, Z) sont combinés pour fournir une chimiothérapie anti-TB de courte durée ;
- E est ajouté dans le cas où il peut y avoir une résistance préexistante à l'un de ces médicaments.

❖ Régimes recommandés

Catégorie	Régime de traitement	Diagnostics
Nouveau patient	Schéma initial avec médicaments de 1 ^{ère} ligne	TP bactériologiquement confirmée
		TP avec lésions parenchymateuses importantes ou pas, diagnostiquée cliniquement
		TEP simple ou sévère (exceptés : TB méningée, colonne vertébrale et ostéo-articulaire) diagnostiquées cliniquement ou confirmée
		TB avec sérologie VIH positif et autres cas d'immunodépression grave concomitante
	2RHZE /10RH Schéma initial avec médicaments de 1 ^{ère} ligne	<u>TEP grave</u> : TB méningée, colonne vertébrale et ostéo-articulaire
Patient en retraitement	Un test de pharmacosensibilité devrait être réalisé afin de guider le choix du schéma thérapeutique	Patients en rechute, Patients traités après un échec thérapeutique, Patients traités après avoir été perdus de vue, autres cas déjà traités.
Patient avec pharmaco R	Anti TB de 2eme ligne entièrement oral	TBMR/RR

2.5. LE SUIVI DU TRAITEMENT**Principes généraux du suivi de traitement**

Une surveillance médicale est indispensable pour s'assurer que :

- Le patient adhère au traitement ;
- Le patient a terminé le traitement et est guéri

Une surveillance bactériologique (contrôle de frottis des expectorations) est nécessaire pour les cas de crachats à frottis positif ;

Une surveillance clinique est nécessaire pour les cas de TB cliniquement diagnostiquée.

Evaluations du Traitement

Il faudrait évaluer le traitement :

- 1 - 2 semaines après son instauration ;
- Après la phase intensive, évaluer le traitement à 1 mois d'intervalle

Les évaluations devraient inclure :

- Les Mesure du poids
- Ajustement du dosage en fonction du poids
- Vérification de l'adhérence au traitement
- Évaluation des effets indésirables des médicaments.

2.6. GESTION DES REACTIONS INDESIRABLES

❖ Counseling sur les effets indésirables

Il repose sur les éléments suivants :

- Les effets indésirables peuvent avoir un impact sur l'adhésion au traitement (et en conséquence aux résultats cliniques) ;
- Par conséquent, instruire les parents/tuteurs / aide malade de signaler immédiatement tout effet indésirable pour qu'il soit pris en charge.

❖ Approche basée sur les symptômes – réactions mineurs

Effets secondaires	Médicament(s) probablement responsable(s)	Prise en charge
Mineurs	Poursuivre les anti TB, vérifier leur posologie	
Anorexie, nausées, douleurs abdominales	Tous les anti TB (Rif +++)	Traitement symptomatique
Douleur abdominale ou articulaire	Pyrazinamide	Aspirine ou anti-inflammatoire non stéroïdien ou paracétamol
Sensations de brûlure dans les mains ou les pieds	Isoniazide	Pyridoxine 50 – 100 mg/j
Urines teintées en rouge orangé	Rifampicine	Rassurer le patient

❖ Approche basée sur les symptômes – réactions majeures

Effets secondaires	Médicament(s) probablement responsable(s)	Prise en charge
Eruption cutanée avec ou sans prurit	Rifampicine, isoniazide, pyrazinamide	Arrêter tous les anti TB et référer le patient
Ictère (autres cause exclues)	La plupart des anti TB	Arrêter tous les anti TB jusqu'à la disparition de l'ictère et les reprendre

2.7. GESTION DES REACTIONS CUTANÉES ET DE L'HEPATITE MEDICAMENTEUSE

❖ En cas de réactions cutanées :

- Si le patient développe des démangeaisons sans une éruption, ni aucune autre cause évidente, prescrire un traitement symptomatique avec des antihistaminiques et des hydratants pour la peau ;
- Poursuivre le traitement anti TB tout en observant le patient étroitement ;
- Si une éruption cutanée se développe, arrêter tous les médicaments

Une fois que l'éruption cutanée est résolue, faire le test de réintroduction des médicaments :

- Commencez par le médicament le moins susceptible d'en être la cause. Administrez 1/3 de la dose totale ;
- Augmenter graduellement la dose pendant 3 jours ;

- Répétez le processus en ajoutant un médicament après un autre ;

Si l'éruption se reproduit, probablement le dernier médicament ajouté est responsable ;

- Arrêtez ce médicament et ne plus le donner ;
- Il faudra noter que la réaction à une petite dose d'essai sera vraisemblablement moins sévère que le full dose ;
- On suppléera au traitement, si possible, 2 médicaments antituberculeux, que le patient n'a pas reçus auparavant

❖ L'hépatite médicamenteuse

H, R, Z peuvent causer des dommages au niveau du foie ;

Ne surveillez pas systématiquement les enzymes hépatiques (transaminases) :

- Des élévations asymptomatiques se produisent et ne sont pas une indication d'arrêt du traitement

Évaluer les signes et les symptômes de l'hépatite à chaque visite :

- Nausées, vomissements, perte d'appétit, faible gain de poids, urines foncées ;
- Hépatomégalie, jaunisse, douleurs abdominales

Si le patient a une sensibilité hépatique, ictère ou hépatomégalie :

- Arrêter tous les médicaments hépatotoxiques ;
- Faire le dosage des transaminases
- Évaluer les autres causes de l'hépatite : Autres médicaments, hépatite virale . . .
- Référer le patient à l'hôpital ou chez un expert

3. CO-INFECTION TUBERCULOSE VIH / SIDA

3.1. ACTIVITES DE REDUCTION DE L'IMPACT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PVVIH

Sans traitement, infection à VIH détruit l'immunité de la personne malade l'empêchant de résister à d'autres infections. D'où la survenue des infections opportunistes. La tuberculose est l'une de ces infections opportunistes qui accélèrent le décès de la personne vivant avec le VIH et multiplie par trois le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. La tuberculose peut apparaître à n'importe quel stade du VIH. Les symptômes peuvent être ceux de la tuberculose classique ou des symptômes atypiques. Lorsqu'ils surviennent dans les 3 mois du traitement antirétroviral, ils peuvent faire penser au syndrome de reconstitution immunitaire. Au-delà de trois à six mois, il peut s'agir de :

- une nouvelle infection tuberculeuse, le plus souvent ;
- un échec de traitement antirétroviral ;
- ou une résistance au traitement ARV.

Pour ce faire, il est nécessaire d'assurer de la prise régulière des médicaments, (l'adhérence, la posologie) et la charge virale que peut avoir le patient. D'où importance d'une recherche active de la TB chez les PVVIH et de prévenir la transmission de la TB grâce à la mise en place des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse ainsi que l'instauration de la chimio prophylaxie à l'INH pour les patients VIH positifs indemnes de la TB.

3.1.1. La recherche active de la TB chez les PVVIH

La recherche de la tuberculose doit se faire systématiquement auprès de toute personne vivant avec le VIH à chaque contact avec les services de soins (cabinet de consultation, hospitalisation, PTME, CDV/DCIP, communauté ...). Cette recherche doit être documentée pour chaque patient et à chaque visite. Le dépistage se fera à l'aide d'un algorithme ou d'un check list Clinique.

Les PVVIH qui présentent l'un des symptômes suivants : toux, fièvre, perte de poids ou transpiration nocturne, ont des risques d'être atteints de la tuberculose évolutive et devraient faire l'objet du dépistage de la Tuberculose par le GeneXpert.

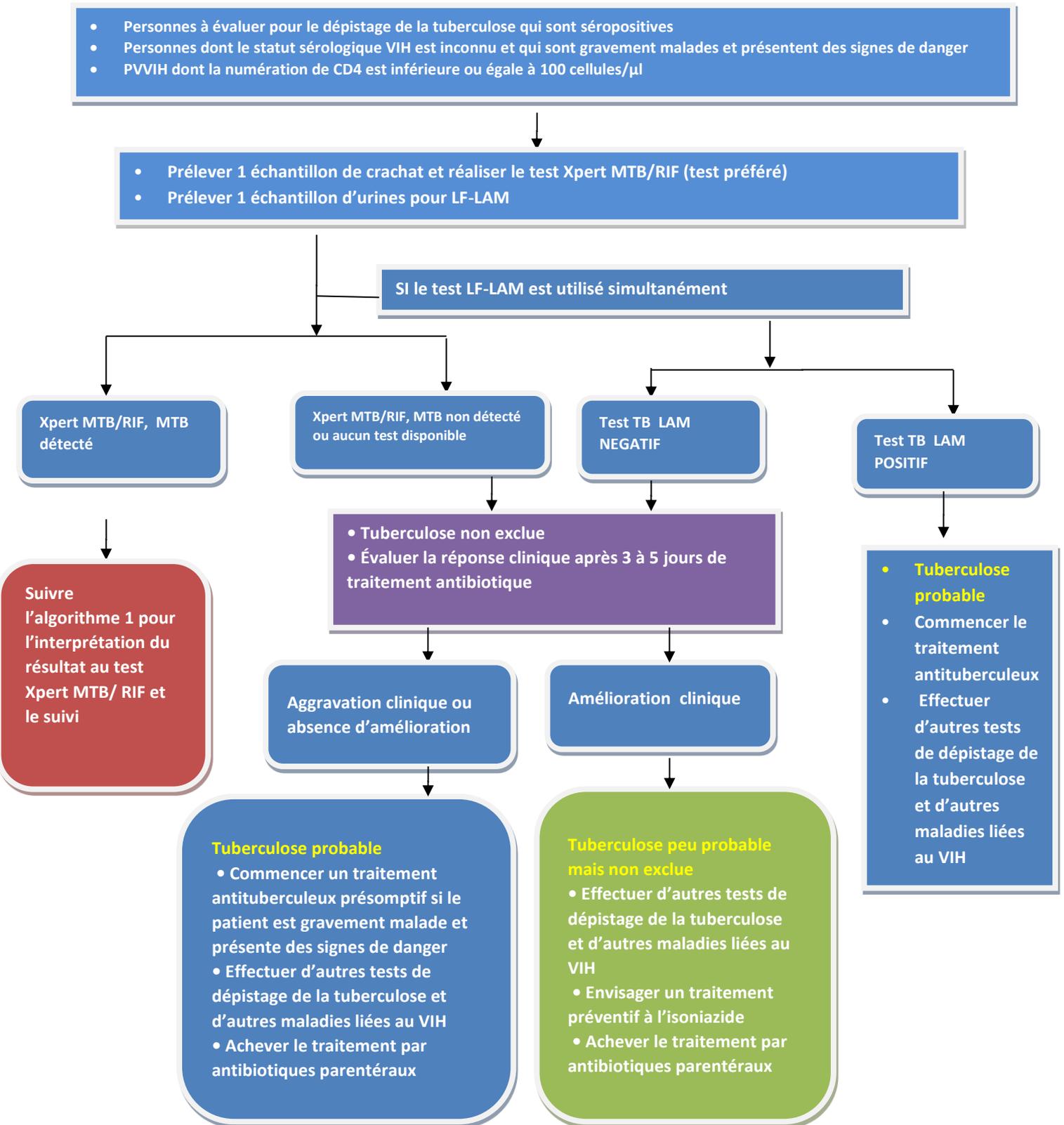
Par contre, les malades qui ne présentent aucun de ces signes ont moins de risque d'avoir une tuberculose évolutive. L'examen physique sera fait pour exclure une adénopathie.

Le dépistage de la tuberculose est important, même lorsque les PVVIH font l'objet d'un traitement préventif de la tuberculose ou d'un traitement antirétroviral, y compris les femmes enceintes. Chaque nouveau cas de la tuberculose doit renseigner s'il vit avec les enfants pour leurs investigations.

Les enfants vivant avec le VIH qui présentent l'un des symptômes suivants : prise de poids insuffisante, fièvre, toux, sueur nocturne ou qui ont été en contact avec un cas de tuberculose, sont susceptibles d'être atteints de tuberculose. Ceux qui n'en présentent pas ont peu de risque d'être atteints de la tuberculose évolutive. Ils devraient toutefois, subir un dépistage pour cette maladie et d'autres pathologies.

Il est à noter que l'infection à VIH surtout dans son stade avancé masque le tableau classique de la Tuberculose et entraîne plus des formes extra pulmonaires. D'où les prestataires des soins devront avoir une attention particulière pour la recherche des formes extra pulmonaires particulièrement chez les PVVIH au stade avancé.

Figure 1 : Algorithme pour le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH



3.1.2. Traitement Préventif de la Tuberculose

Le traitement préventif de la tuberculose (TPT) est une intervention qui prévient l'évolution d'une tuberculose latente vers une tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Ce traitement doit s'inscrire dans l'ensemble des soins prévus pour les PVVIH.

❖ Avantages de TPT

- Diminution du risque d'un premier épisode de TB (chez le sujet exposé à l'infection ou ayant une infection latente) ou d'une récurrence de la maladie (chez le sujet qui a déjà souffert de la tuberculose).
- Le TPT empêche le développement de la TB dans 60 à 70% des cas chez les PVVIH
- Le risque individuel de développer la TB est réduit de 70 à 90% chez les patients sous ARV, la rechute est réduite de 50%. Administrés ensemble (ARV et INH), l'incidence de la TB sera réduite de 50 – 80%.

❖ Indications de TPT

Le TPT doit être prescrit chez toute PVVIH après exclusion d'une TB active en s'assurant d'un contrôle et un suivi appropriés. Les indications diffèrent selon qu'il s'agit de l'adulte, l'adolescent et l'enfant.

1. Un traitement associant rifampicine et isoniazide, une fois par jour pendant 3 mois, remplace la monothérapie à l'isoniazide comme traitement préventif pour les enfants et les adolescents âgés de <15 ans.
2. Un traitement associant rifapentine et isoniazide, une fois par semaine pendant 3 mois, remplace d'une monothérapie d'isoniazide comme traitement préventif pour les adultes et les enfants.

Remarque : Les traitements à base de rifampicine et de rifapentine doivent être prescrits avec prudence aux personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral en raison des interactions médicamenteuses potentielles.

- Les nourrissons âgés de moins de 12 mois vivant avec le VIH qui sont en contact avec un cas de tuberculose et qui font l'objet d'investigations pour rechercher une tuberculose devraient recevoir un traitement préventif par l'isoniazide (TPI) pendant 6 mois si ces investigations ne révèlent aucune tuberculose maladie.
- Les enfants séronégatifs pour le VIH âgés de <5 ans qui sont des contacts domestiques de personnes atteintes de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement et qui ne présentent pas de tuberculose évolutive d'après une évaluation clinique appropriée devraient bénéficier d'un traitement préventif antituberculeux.
- Pour les contacts à haut risque de patients atteints de tuberculose multirésistante, un traitement préventif individualisé peut être envisagé après une évaluation minutieuse de l'intensité de l'exposition, de la certitude de l'identification du cas source, des informations sur le profil de pharmacorésistance du cas source. Les médicaments doivent être choisis en fonction du profil de sensibilité du cas source.

❖ Posologies recommandées pour le traitement de l'ITL

Schéma thérapeutique	Dose par kg de poids corporel	Dose maximale
Isoniazide seul, une fois par jour pendant 6 ou 9 mois	Adultes, 5 mg Enfants, 10 mg (plage : 7 à 15 mg)	300 mg

Rifampicine seule, une fois par jour pendant 3 à 4 mois	Adultes, 10 mg Enfants, 15 mg (plage : 10 à 20 mg)	600 mg
Association isoniazide-rifampicine, une fois par jour pendant 3 à 4 mois	Isoniazide Adultes : 5mg Enfants : 10 mg (plage : 7 à 15 mg) Rifampicine : Adultes, 10 mg Enfants, 15 mg (plage : 10 à 20 mg)	Isoniazide: 300 mg Rifampicine: 600 mg
Association rifapentine-isoniazide, une fois par semaine pendant 3 mois (12 doses)	Isoniazide : Personnes âgées de ≥12 ans : 15 mg Personnes âgées de 2 à 11 ans : 25 mg Rifapentine : 10,0 à 14,0 kg = 300 mg 14,1 à 25,0 kg = 450 mg 25,1 à 32,0 kg = 600 mg 32,1 à 50,0 kg = 750 mg >50 kg = 900 mg	Isoniazide: 900 mg Rifapentine: 900 mg

❖ Contre-indications

Le TPT ne devrait pas être administré chez les patients souffrant d'affections chroniques (Hépatite active,) ou ayant une consommation régulière d'alcool.

❖ Evaluation

L'efficacité du TPT doit être régulièrement évaluée à chaque contact (observance, toxicité, abandons ou retraits, achèvement du traitement, ...).

3.1.3. La vaccination des enfants nés des mères séropositives

Le BCG est recommandé à tous les enfants dès la naissance qu'ils soient nés des mères séropositives ou négatives, exceptés ceux qui sont hypotrophiques, qui présentent un faible poids de naissance et ceux qui présentent des symptômes de SIDA maladie.

3.1.4. Accident d'exposition au sang (AES)

Les mesures de précautions universelles doivent être prises pour éviter la transmission par voie sanguine et les autres voies dans le milieu des soins. Pour lutter efficacement contre les AES, il est souhaitable que les prestataires des formations sanitaires respectent les précautions universelles suivantes lors de la manipulation d'échantillons de sang :

- Porter des gants lors des prélèvements de sang,
- Couvrir toute blessure ou égratignure à la main,

- N'encapuchonner pas les aiguilles,
- Disposer d'un conteneur pour objets tranchants (boîte de sécurité)
- En cas de projection sur les muqueuses, rincer avec le sérum physiologique ou de l'eau pendant 5 minutes.
- Il est également nécessaire de tenir compte de l'état sérologique de la personne source et du stade de maladie si le patient est VIH+ Les recommandations suivantes sont basées sur les résultats de cette évaluation :
- Il faut assurer de l'état sérologique de l'accidenté et de la personne source avant de prendre la décision du traitement
- La prophylaxie aux ARV est recommandée en cas d'exposition massive. Elle est discutable si le statut VIH non connu sans argument ou signe de présomption, commencer le TARV dans les 72 heures après exposition.

3.2. CONTROLE DE L'INFECTION

Les structures de santé doivent être sécurisantes aussi bien pour les patients que pour les prestataires de soins c.à.d. :

- Prévenir la contamination du personnel et des autres patients par la tuberculose
- Réduire la transmission de la tuberculose par un diagnostic précoce et appliquer un traitement adéquat aux patients et aux personnels de santé exposés.
- La contamination par voie aérienne doit être minimisée. Une infection acquise dans les structures de soins est dite nosocomiale. Les mesures de contrôle de l'infection minimisent la survenue des infections nosocomiales. Dans le contexte de la tuberculose et le VIH, la voie aérienne et la voie sanguine seront considérées comme voie principales de la transmission de la coinfection et doivent bénéficier d'une attention particulière dans le cadre de la prévention. La transmission de bacille de koch peut s'accroître si les mesures de contrôles sont faibles telle qu'une mauvaise ventilation dans le service à haute prévalence de la tuberculose ou dans le milieu de forte concentration,
- Les PVVIH ont un risque accru d'être contaminé de la tuberculose dans le milieu des soins ne respectant pas le principe de ventilation et de changement d'air (minimum 12 volumes/heure). Les mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse doivent être d'application à chaque instant dans tous les services de soins pour les personnes vivant avec le VIH. Les mesures les plus importantes sont d'ordre administratif, environnemental et la protection du personnel.

3.2.1. Les mesures administratives

Ces mesures ont un grand impact et peuvent être rapidement utilisées avec moins de ressources :

- Séparer les heures de réception des tuberculeux et des PVVIH
- Identifier les tousseurs dans la salle d'attente et la séparation des patients infectieux des autres dans la salle hospitalisation
- Designier une personne en charge du contrôle de l'infection dans chaque structure et disposer d'un plan de contrôle de l'infection - former les prestataires sur le contrôle de l'infection - surveiller la survenue de la tuberculose chez le personnel soignant,
- Éduquer le patient et la communauté pour améliorer leur connaissance sur la tuberculose.

Le gestionnaire de la formation sanitaire assurera :

- la surveillance de la survenue de la tuberculose et ou du VIH auprès de son personnel en exigeant d'eux de se faire dépister de la tuberculose quand il a des symptômes de la tuberculose ou quand il est en contact avec les tuberculeux à microscopie positive ou s'il est VIH positif.

3.2.2. Les mesures environnementales

Ces mesures constituent le deuxième moyen de prévention. Elles ne peuvent être efficace que si les mesures administratives sont efficaces car les mesures environnementales ne peuvent éliminer le risque. Ces mesures sont techniquement complexes et plus coûteuses. Il s'agit de la ventilation, la filtration de l'air et l'usage des rayons ultraviolets.

Dans les structures de santé, la ventilation est essentielle pour la prévention de la transmission par voie aérienne des infections nosocomiales. Assurer une bonne ventilation ou aération des locaux réduit ce risque. Elle est vivement recommandée pour le contrôle de la transmission de la tuberculose. Laisser les portes et les fenêtres ouvertes pour une bonne circulation de l'air. Le choix de cette ventilation est fonction des conditions climatiques (province chaude et froide) et des conditions socioéconomiques.

A la salle d'attente : recourir le plus souvent à des espaces libres, ou hall avec ouverture, éviter la surpopulation, organiser le flux des patients.

A la salle de consultation : disposer les chaises de telle manière que la direction de l'air ou du vent soit dans le sens du prestataire vers le malade ou placer les deux acteurs de telle manière que le courant d'air passe entre les deux de gauche vers la droite ou inversement. Les ventilations artificielles par le ventilateur sont aussi conseillées. Les plafonniers seront utilisés si l'air peut être évacué à travers les fenêtres

3.2.3. Les mesures individuelles (des prestataires)

L'usage des équipements de protection est utile si les mesures administratives et environnementales ne sont pas suffisantes pour protéger les prestataires. On les utilise dans le service à haut risque. Le port de masque N95 est l'une des meilleures protections pour le prestataire. L'utilisation de GeneXpert ne nécessite aucune mesure de protection spécifique en dehors des mesures usuelles (ouverture des crachoirs avec douceur à côté d'une flamme ainsi que le prélèvement des crachats pour éviter la création des aérosols, se laver régulièrement les mains avec le savon...).

3.3. ACTIVITES DE REDUCTION DE L'IMPACT DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES TUBERCULEUX

3.3.1. Le dépistage et conseil initié par prestataire (DCIP)

Le prestataire initie le Conseil et le dépistage de l'infection à VIH au travers de toutes les activités de la formation sanitaire, en vue d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce du VIH/sida. Ainsi devant tout patient tuberculeux ou suspect tuberculeux, qui présente ou pas les signes/ symptômes d'une maladie liée au VIH/sida, le prestataire va lui proposer un dépistage du VIH. Pour ce faire, le prestataire aura à suivre les étapes suivantes :

- Discuter du caractère volontaire et confidentiel du service avec le patient tuberculeux ou suspect tuberculeux
- Obtenir le consentement éclairé du patient tuberculeux ou suspect tuberculeux
- Discuter les différents résultats que peut apporter le test de dépistage
- Ne donner les résultats de test qu'à la personne concernée

- Assurer le suivi psychologique du patient tuberculeux ou suspect tuberculeux
- Assurer la référence si nécessaire vers les structures de prise en charge appropriées

Le Counseling doit être confidentiel et, dans le cadre de la coinfection, il se déroulera uniquement dans la structure de soins.

3.3.2. Debitage du VIH

Dans le cadre du dépistage du VIH en milieu de soins pour un patient tuberculeux ou suspect tuberculeux, le prestataire se base sur l'algorithme de la stratégie 2 de l'OMS qui recourt à deux tests rapides successifs, **A1 (Détermine)** et **A2 (Vikia)**.

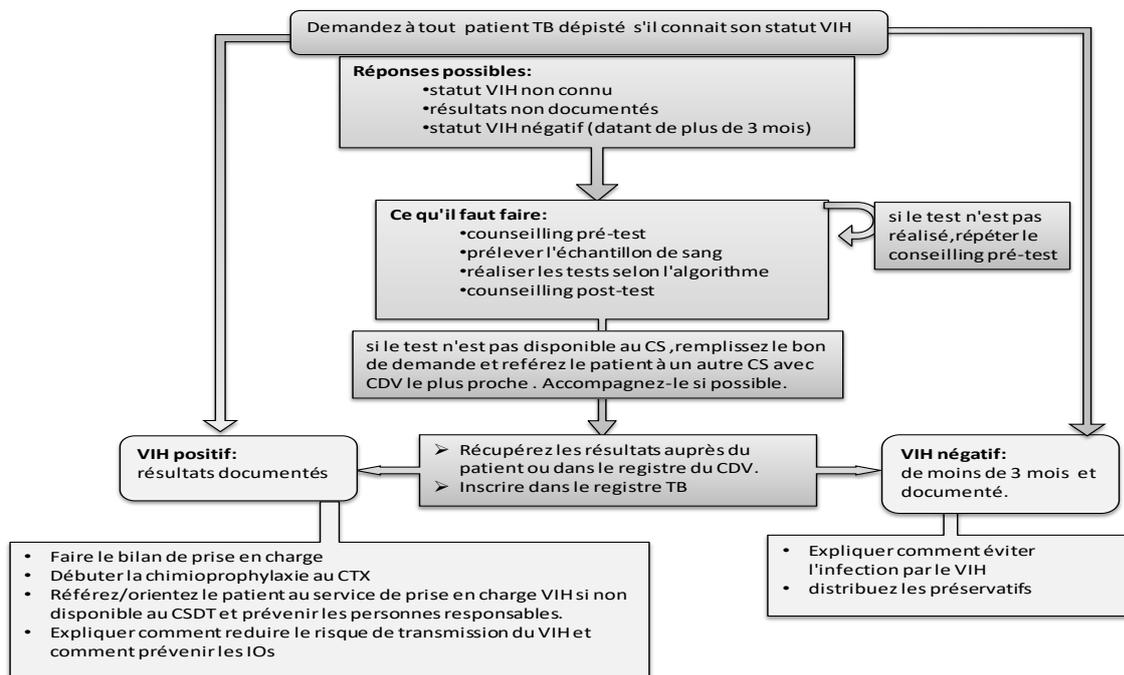


Figure 2. Algorithme de dépistage du VIH chez les Tuberculeux

3.3.3. Etapes et déroulement du counselling

Dans cette approche, le test de dépistage du VIH est recommandé :

- chez tous les patients dont le tableau clinique pourrait résulter d'une infection à VIH sous-jacente,
- comme un élément standard des soins médicaux pour tous les patients consultant dans les établissements de santé (notamment dans les milieux à forte prévalence du VIH),
- d'une manière plus sélective en cas d'épidémie concentrée (concernant des groupes de population spécifiques).

Il incombe cependant au patient de refuser explicitement le test s'il ne veut pas être testé. L'option de DCIP ne signifie nullement le dépistage obligatoire ou forcé.

Des discussions complémentaires peuvent s'avérer indispensables pour des groupes particulièrement vulnérables quant aux conséquences du refus du test ou concernant le refus de partage du résultat d'un test positif.

En RDC où l'épidémie du VIH est généralisée, le DCIP sera proposé à tous les adultes et adolescents venant consulter dans les établissements de santé (quel que soit le motif de consultation), hospitalisés ou ambulatoires.

L'accompagnement est recommandé

Le DCIP doit s'accompagner d'un ensemble recommandé de services de prévention, de traitements, de soins et de soutien.

L'accès au traitement ARV ne doit pas être une condition impérative pour mettre en place le DCIP. Cependant, on doit pouvoir raisonnablement espérer que les patients pourront en bénéficier dans le cadre d'un plan national d'accès universel au traitement ARV.

3.3.4. Informations précédant le test et consentement éclairé

Il sied de rappeler que le DCIP a pour objectif de détecter en temps utile l'infection à VIH et de donner accès aux services de soins.

Etant donné le volume de travail qui limite le temps du prestataire, on peut simplifier les informations avant le test. Ainsi, l'évaluation individuelle et les plans de réduction des risques peuvent être réalisés pendant les séances après le test et en fonction du statut sérologique.

1. Minimum d'informations à fournir pour obtenir le consentement éclairé :

- Les interactions entre tuberculose et VIH et les raisons motivant le dépistage du VIH
- Les avantages du dépistage du point de vue clinique, préventif, psychosocial, nutritionnel, etc.
- La disponibilité des services notamment la possibilité de l'accès immédiat au traitement ARV - La gestion confidentielle du résultat
- La gestion de la confidentialité partagée entre les prestataires de l'équipe de soins - la possibilité offert au patient de refuser le test
- L'ouverture offerte aux patients d'accéder à tous les services quelques soit leur avis négatif sur le test
- Les informations sur les types de résultats que peut donner un test et leurs significations : dans le cas d'un résultat positif, inciter le patient à révéler l'information aux autres personnes ayant été éventuellement exposées au risque du VIH
- La possibilité offerte au patient de poser des questions aux soignants
- Pour les femmes enceintes tuberculeuses ou suspectes, il faudrait relever :
- Les risques de transmission du VIH à l'enfant (précision sur la terminologie) ainsi que les mesures pouvant être prises pour réduire la transmission mère-enfant - les avantages d'un diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons.

Pour les enfants mineurs, il est indispensable d'obtenir le consentement éclairé d'un des parents ou du tuteur ou à défaut, celui du « décideur de substitution ou de remplacement » quand il n'y a ni parent ni tuteur légal, sauf pour les mineurs émancipés.

Pour les patients gravement malades, on procédera comme pour les enfants ou à défaut, les prestataires agiront dans l'intérêt du patient.

3.3.5. Suivi après refus du test

Le refus du test de dépistage ne doit pas influencer sur l'accès aux services de santé qui n'ont rien à avoir avec le statut sérologique. On doit proposer au patient une assistance pour avoir droit à un conseil et dépistage ultérieurement, soit à sa propre initiative ou soit à l'initiative d'un soignant.

3.3.6. Conseil après le test

Toute personne testée doit bénéficier d'une séance de conseil au moment de la remise du résultat. Il est conseillé de faire attention de parler des résultats et du suivi de manière confidentielle. De préférence, ce conseil sera assuré par le soignant qui a demandé le dépistage. Devant le refus de connaître ou la non acceptation des résultats, le soignant doit tout faire pour y parvenir d'une manière confidentielle et apporter le soutien nécessaire.

3.3.7. L'annonce d'un Résultat Négatif

Le Conseil doit comporter les éléments suivants :

- Une explication du résultat, avec des informations sur la période de latence avant la détectabilité des anticorps anti-VIH (avant la séroconversion) et la recommandation de refaire le test en cas d'exposition récente (trois mois après l'exposition).
- Des conseils de base sur les méthodes de prévention de la transmission. - la fourniture de préservatifs masculins et féminins et des instructions pour les utiliser.

3.3.8. L'annonce d'un Résultat Positif

Le Conseil doit comporter les éléments suivants :

- Informer le patient d'une manière simple et claire et lui laisser le temps d'y réfléchir ;
- S'assurer qu'il a bien compris ;
- Lui permettre de poser des questions ;
- L'aider à surmonter les émotions qui l'envahissent ;
- Parler avec lui de ses inquiétudes immédiates et l'aider à déterminer auprès de qui il pourra trouver un soutien immédiat dans son entourage ;
- Décrire les services disponibles dans l'établissement et la communauté, surtout sur les traitements disponibles, la PTME, les services de soins et de soutien ;
- Donner des informations sur les autres mesures de prévention utiles : une bonne alimentation, la prophylaxie au Cotrimoxazole, ...
- Discuter de la communication éventuelle du résultat : à qui, dans quelles conditions, à quel moment, ...
- Encourager le conseil et le dépistage des partenaires et des enfants et proposer une orientation pour ce faire - évaluer le risque d'actes violents ou de suicide et envisager les mesures possibles qui peuvent être prises pour garantir la sécurité physique et psychologique des patients
- Fixer un rendez-vous pour les consultations qui devront suivre, l'orientation vers le traitement, les soins, le conseil, le soutien et d'autres services utiles.

Les femmes enceintes séropositives doivent être référées dans un service de PTME tout en poursuivant le traitement de la tuberculose.

3.3.9. L'annonce d'un Résultat Indéterminé

Le conseiller commencera en disant : « votre résultat est indéterminé, ce qui signifie que la présence ou l'absence des anticorps anti VIH dans votre sang n'a pas été confirmée ».

Il faut : - Laisser le temps au client de réagir

- Conseiller le client de revenir faire le test après une période de 14 jours.

Un client recevant un résultat indéterminé doit être conseillé au même titre qu'un client séropositif

3.3.10. L'annonce du résultat chez l'enfant

L'annonce d'un résultat VIH pour les enfants mineurs, doit se faire auprès d'un des parents ou du tuteur ou à défaut, celui du « décideur de substitution ou de remplacement » quand il n'y a ni parent ni tuteur légal, sauf pour les mineurs émancipés. Au près de ces derniers, on procédera comme chez l'adulte.

3.4. PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

A cause de l'immunodéficience chronique et croissante provoquée par l'infection à VIH, le patient développe une susceptibilité accrue aux infections opportunistes.

La prise quotidienne du Cotrimoxazole réduit le risque de développer certaines infections opportunistes telles que :

- les pneumonies bactériennes, parasitaires et mycosiques
- les diarrhées dues à *ISOSPORA belli*
- la toxoplasmose cérébrale et les septicémies fréquemment associées au VIH. Il est démontré que le Cotrimoxazole réduit la survenue du Paludisme, de la diarrhée et conséquemment des hospitalisations.

3.4.1. Les Indications du Cotrimoxazole

La prophylaxie au Cotrimoxazole est indiquée chez toute PVVIH sauf en cas de contre-indication.

Vu que la tuberculose fait classer l'infection à VIH chez l'adulte à un stade avancé (au stade 3 de l'OMS pour la tuberculose pulmonaire ou stade 4 si c'est la forme extra pulmonaire) et chez l'enfant, la tuberculose extra pulmonaire (tuberculose ganglionnaire) au stade 3 ; la prescription du Cotrimoxazole est donc systématique en cas de coinfection VIH tuberculose. Cette prescription doit être poursuivie après le traitement antituberculeux.

La prophylaxie au Cotrimoxazole s'arrête en cas de :

1. la remontée des lymphocytes CD4 au-dessus de 350/ μ L (à vérifier)
2. Effets indésirables sévères.

3.4.2. Les contre-indications du Cotrimoxazole

Le Cotrimoxazole est contre-indiqué :

- En cas d'histoire de réaction allergique sévère aux médicaments à base des sulfamides (Bactrim, Fansidar), d'où la nécessité de connaître les antécédents avant l'instauration de cette prophylaxie ;
 - Chez la femme enceinte durant le premier trimestre ;
 - En cas d'insuffisance rénale et hépatique sévère.
- 2.4.3. Les schémas thérapeutiques du cotrimoxazole chez l'adulte et le grand enfant (>13 ans) Chez l'adulte : Un comprimé « dose simple » contient 400mg sulfaméthoxazole et 80mg triméthoprime et est plus connu comme Bactrim ordinaire. Les comprimés « double

dose » sont plus connu comme Bactrim Forte. Schéma : Cotrimoxazole 960 mg, soit 1 comprimé « double dose = 960 mg » ou 2 comprimés « dose simple = 480 mg » tous les jours, en même temps que le traitement antituberculeux.

Chez l'enfant :

- Jusqu'à 10 kg : 6 à 8 mg/kg en sirop, ou la moitié d'un comprimé Bactrim ordinaire écrasé, tous les jours
- De 10 à 25 kg : 1 comprimé « dose simple »
- > 25 kg : 1 comprimé « double dose » ou deux comprimés « dose simple » tous les jours

Les comprimés seront donnés au centre de santé à chaque patient une fois par semaine ou une fois par mois. Le patient sera responsable pour la prise des médicaments à la maison. Après le traitement antituberculeux, les comprimés seront donnés chaque mois.

3.4.3. Les effets indésirables du cotrimoxazole

La pharmacovigilance voudrait que l'on prévienne le patient de la possibilité de survenue d'une réaction allergique. Généralement, le Cotrimoxazole est bien toléré. Cependant, les effets indésirables suivants peuvent s'observer :

- Les plus courants sont troubles gastro-intestinaux (nausée, vomissements, diarrhée) fièvre et rougeur ;
- Hépatite : il faut arrêter le Cotrimoxazole en cas d'ictère ;
- Anémie ;
- Réactions cutanées : on peut avoir des effets cutanés allant du simple prurit à une véritable toxidermie.

Dans ce cas, la PEC sera :

- Pour le simple prurit : Examiner la peau : S'il n'y a pas d'éruption (petit bouton) ou d'érythème (tache foncée sur la peau) continuer le traitement en l'associant à la chlorphéniramine (cp 4 mg 3-4 fois par jour). Demander au patient de revenir immédiatement en cas d'éruption. Le patient doit être réévalué après 3 à 5 jours. Le plus souvent les signes disparaissent ;
- Pour le prurit avec éruptions érythémateuses : Arrêter immédiatement le Cotrimoxazole et garder le Patient en observation. Donner la chlorphéniramine. Si l'éruption est faible et peu étendue, continuer avec les anti-TB.
- Si l'éruption devient sévère, arrêter aussi les anti-TB et continuer avec les antihistaminiques jusqu'à la disparition du prurit et des érythèmes. Tous les patients avec des éruptions (graves ou qui s'aggravent) doivent être référés au Médecin. Si les lésions cutanées s'aggravent en plus (bulle, macules, avec décollement de la peau) avec implication des muqueuses (conjonctive, buccale, nasale etc.), on parle du syndrome de Stevens Johnson. Dans ce cas, le Cotrimoxazole ne doit pas être réintroduit et le malade doit être informé de ne plus jamais prendre le Cotrimoxazole.

3.4.4. Reprise de Cotrimoxazole après allergie

En cas d'éruption cutanée due au Cotrimoxazole, en dehors des réactions allergiques graves, il est dans la plupart des cas possible de reprendre le traitement graduellement après deux semaines (désensibilisation).

Schéma de réintroduction du Cotrimoxazole après réaction allergique :

Cotrimoxazole suspension (240mg/ 5ml) - 1 ml 3 fois par jour - 2 ml 3 fois par jour - puis 5 ml par jour pendant 3 jours - puis 10 ml par jour pendant 3 jours - puis 20 ml par jour pendant 3 jours Puis 1 à 2 cp de 480mg (selon tolérance)

Après désensibilisation sous surveillance, jusqu'à 70% des patients tolèrent à nouveau le Cotrimoxazole.

Le suivi clinique On doit vérifier si le Cotrimoxazole est encore bien supporté pendant le traitement antituberculeux et puis tous les mois quand les patients reviennent pour le retrait des médicaments.

Il va de soi que la prophylaxie au Cotrimoxazole se poursuit après mise sous traitement ARV, selon les recommandations du PNLS.

3.5. LE TRAITEMENT AUX ARV

Les médicaments ARV agissent en bloquant une étape du cycle de réplication du VIH. Pour un effet optimal, il est toujours recommandé d'associer au moins trois ARV, d'où la dénomination de trithérapie.

Le VIH n'est pas éliminé de l'organisme mais seulement bloqué dans sa réplication. Si on arrête l'administration du traitement ARV, la réplication virale va reprendre. C'est pourquoi le traitement ARV est un traitement à administrer toute la vie. Tout patient tuberculeux coinfecté au VIH doit être mis sous ARV.

3.5.1. Avantages et bénéfices du Traitement ARV

- Diminution ou disparition des infections opportunistes avec gain pondéral.
- Remontée des Lymphocytes CD4 et baisse de la présence du VIH ou charge virale dans l'organisme : le risque de transmission du VIH est diminué.
- Amélioration de la qualité de la vie

3.5.2. Quand administrer le traitement ARV chez le coinfecté ?

Tout patient coinfecté est d'emblée éligible aux ARV quel que soit le taux de CD4 et le TARV démarre au moins 15 jours après le début du traitement antituberculeux.

3.5.3. Les schémas thérapeutiques de traitement aux ARV recommandés par le PNLS.

Le PNLS recommande l'association des trois ARV suivants en première intention pour le patient co-infecté :

Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV).

Lors de la coinfection, la Névirapine interfère avec la rifampicine. Ainsi, la Névirapine est remplacée par l'Efavirenz (EFV) mais le patient pourra revenir à la Névirapine après le traitement antituberculeux.

Chez les enfants de moins de 3 ans et de moins de 10 Kg, l'Efavirenz est contre-indiqué. A la place, on donnera **la Névirapine ou alors l'ABACAVIR.**

En cas de coinfection, la priorité ou l'urgence est de traiter la Tuberculose. La mise sous traitement ARV peut être postposée.

En cas d'échec, le traitement de deuxième ligne utilisé en RDC est

Abacavir (ABC) + Didanosine (ddl) + Lopinavir/r (LPV/r)

3.5.4. Quand débiter le traitement ARV ?

Le TARV doit être mis en route chez les patients TB vivants avec le VIH sans tenir compte de leur taux de CD4.

Le traitement de la TB doit être mis en route en premier, suivi par le TARV dès que possible au cours de 8 semaines du traitement TB. Les PVVIHs avec une profonde immunosuppression (c'est-à-dire un taux de CD4 inférieur à 50 cel/mm³) doivent recevoir le TARV dans les 2 premières semaines de la mise en route du traitement de la TB.

La prudence est requise pour les PVVIHs atteint de Méningite, car un TARV immédiat est significativement associé aux effets indésirables plus graves en comparaison au TARV initié après 8 semaines.

Les patients doivent être suivi de près afin d'évaluer la survenue des effets indésirables liés au co-traitement et à un SRI associé à la TB.

3.6. SUIVI DES PATIENTS CO-INFECTES

Le suivi des patients co infectés permet de s'assurer de l'efficacité, de la tolérance et de l'adhérence du traitement de la co infection TB/VIH mis en place. Il se fera conformément aux directives de Programme National de Lutte contre le VIH/sida et celui de la lutte contre la tuberculose

Suivi du tuberculeux en dehors du traitement ARV

Le tuberculeux séropositif est éligible au TARV, il poursuit la prophylaxie au CTX avant d'être référé ou orienté en vue de la mise sous TARV. Le suivi consistera à la surveillance de la survenue de nouvelles IO et leur prise en charge éventuelle. Il consistera aussi à déterminer le moment de démarrage du TARV. Durant le traitement antituberculeux, l'accent sera mis sur l'évaluation de l'efficacité du traitement ou de sa tolérance.

3.7. REGIME DE TRAITEMENT ANTI TUBERCULEUX DE 1^{ère} INTENTION

Catégorie	Régime de traitement	Diagnostics
Nouveau patient	Schéma initial avec médicaments de 1 ^{ère} ligne	TP bactériologiquement confirmée
		TP avec lésions parenchymateuses importantes ou pas, diagnostiquée cliniquement
		TEP simple ou sévère (exceptés : TB méningée, colonne vertébrale et ostéo-articulaire) diagnostiquées cliniquement ou confirmée
		TB avec sérologie VIH positif et autres cas d'immunodépression grave concomitante
	2RHZE /10RH	
	Schéma initial avec médicaments de 1 ^{ère} ligne	TEP grave : TB méningée, colonne vertébrale et ostéo-articulaire
Patient en retraitement	Le schéma thérapeutique de catégorie II ne devrait plus être prescrit et un test de pharmacosensibilité devrait être réalisé afin de guider le choix du schéma thérapeutique	Patients en rechute, Patients traités après un échec thérapeutique, Patients traités après avoir été perdus de vue, autres cas déjà traités.

3.8. PROMOTION DE L'ADHERENCE AUX TRAITEMENTS

L'adhérence au traitement se définit comme un engagement réfléchi et volontaire du malade de prendre régulièrement le médicament tel que prescrit. Celle-ci dépend de observance et de la compliance.

3.8.1. L'observance

Comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec assiduité et régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin ; suivi exact des modalités de prises médicamenteuses en termes de dosage, de forme, de voie d'administration, de quantité par prise et par jour, respect des intervalles entre les prises et des conditions spécifiques d'alimentation, de jeûne, de boissons ou de substances pouvant modifier la cinétique du traitement.

3.8.2. Les parties impliquées dans l'adhérence

La promotion de l'adhérence est multisectorielle. Elle implique les prestataires et la communauté (membre de famille, les membres d'associations des PVVIH anciens malades de la tuberculose membres de organisations de la société civile des OAC).

3.8.3. Facteurs favorisant l'observance

On pourra intervenir pour favoriser l'observance par :

- Le choix des médicaments : utiliser les médicaments avec le moins de contraintes possibles : nombre d'unités par prise, nombre de prises par jour, contraintes par rapport à l'alimentation, fréquence et gravité des effets secondaires ;
- Le soutien par une personne relai choisie par le patient ;
- Le soutien psychologique : la lassitude ou la dépression pouvant être un facteur de mauvaise observance ;
- Le soutien social pour mettre en place les conditions favorables à une bonne observance ; - Le soutien communautaire par les relais communautaires et si nécessaire les associations qui pourront faciliter le développement des groupes de support pour les patients. Ce soutien à l'observance est la meilleure façon de permettre la réussite d'un traitement ARV et d'éviter la survenue de résistances.

3.8.4. Conséquences de la non observance

- Taux de morbidité et de mortalité élevés ;
- Survenue des échecs de traitement ARV et anti tuberculeux ;
- Emergence des résistances ;
- Gaspillage de ressources.

3.8.5. Promotion de l'adhérence

- Assurer l'éducation du patient sur La tuberculose, sur l'infection à VIH et sur les traitements, notamment le traitement ARV qui est à vie.
- Evaluer l'influence du traitement antituberculeux et ARV sur les habitudes quotidiennes du patient et assurer une bonne adaptation personnelle.
- Assurer la disponibilité de l'équipe soignante.
- Envisager un mécanisme d'accompagnement avec :
 - La communauté

- Une structure d'appui psychosocial ou spirituel
- Les groupes de support des PVVIH
- Les anciens malades tuberculeux
- La famille (plus pour la tuberculose : promotion de TDO familial) ...
- Recours à un confident présenté par le malade lui-même (et non imposé) pour l'accompagner durant le traitement ARV

3.8.6. Application du traitement directement observe (TDO)

Le TDO consiste en l'administration directement observée des médicaments devant le prestataire et ou devant un membre de la communauté briefée.

En effet, avec la durée à vie du traitement antirétroviral, ces mesures risquent de perturber le rythme de vie du malade et rendre fastidieux le travail des prestataires.

3.9. SUIVI ET EVALUATION

Le système de suivi et d'évaluation d'un programme ou d'un projet est structuré de manière à garantir l'utilisation la plus efficace possible des ressources pour générer les données nécessaires la prise de décision. Il oriente la collecte et l'analyse de données, améliorant leur cohérence et permettant aux responsables de suivre l'évolution de la situation. S'il est utile à de nombreuses parties prenantes : gestionnaires de programme, donateurs et responsables gouvernementaux de la planification, notamment, il devrait en même temps rassembler les différents intérêts en jeu au sein d'un seul et même système pour éviter les chevauchements d'activités.

Ce suivi et évaluation se fera lors de réunion de monitoring au niveau de district et les revues trimestrielles au niveau départemental, les supervisions formatives en passant en revues les trois objectifs principaux :

- Objectif A : Mettre en place un mécanisme de coordination des interventions de la co-infection VIH/TB ;
- Objectif B : Réduire la charge de la tuberculose chez les PVVIH On sait que la Tuberculose est la première infection opportuniste, pour en réduire le risque chez les PVVIH il faut :
 1. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose ;
 2. Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide (qui est un médicament contre la tuberculose) ;
 3. Essayer de maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé.
- Objectif C : Diminuer la charge du VIH chez les patients tuberculeux : Pour réduire la charge du VIH chez les patients tuberculeux il faut s'assurer de :
 1. Faire le conseil et le dépistage du VIH ;
 2. Appliquer des méthodes de prévention du VIH ;
 3. Mettre en place le traitement préventif au cotrimoxazole ;
 4. Dispenser des soins et assurer un accompagnement aux personnes touchées par le VIH/SIDA et enfin, mettre le patient sous traitement antirétroviral.

4. NOTIONS SUR LE « ONE STOP SHOP »

4.1. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU GUICHET UNIQUE

Afin de remédier aux contre-performances de la prise en charge de coinfection, les deux programmes (PNLT et PNLS) ont pris l'option d'opérer les changements majeurs en mettant en œuvre un modèle de prise en charge à travers un « Guichet unique » (ONE STOP SHOP) où le patient avec ses deux maladies sera pris en charge au niveau d'une même structure sanitaire. Selon le choix du modèle approprié à la structure. Ceci permettra d'accélérer la riposte à la coinfection en améliorant la collaboration à différents niveaux de la pyramide sanitaire, l'offre de service VIH et TB de qualité ainsi que la mise en œuvre d'un système efficace de suivi et évaluation.

4.2. LES MODELES DU GUICHET UNIQUE RETENUS

Il n'y a pas un modèle unique répondant parfaitement à tous les besoins, le meilleur modèle est défini sur base du contexte local, des ressources dont on dispose et de l'épidémiologie.

Selon le rapport d'identification des modèles de prestations réalisées en novembre 2016 à Kinshasa, des 4 types des services existants, **deux modèles ont été amandés et fortement encouragés par les deux programmes :**

➔ **MODELE INTEGRATEUR** : retrouvé dans 17% des FOSA (CSDT, CST ou sites TARV) avec paquet VIH/TB complet : Guichet unique pour diagnostic et traitement offert par une même équipe dans les grandes formations et une personne dans le centre périphérique.

➔ **MODELE COLLABORATIF** pratiqué dans 66 %FOSA avec traitement anti TB et paquet VIH complet offert par deux équipes différentes qui collaborent en servant les malades séparément.

Dans ce modèle est servi également le patient à travers le paquet VIH et TB Complet basé sur le transport d'échantillon et des médicaments vers la FOSA de prise en charge du patient ;

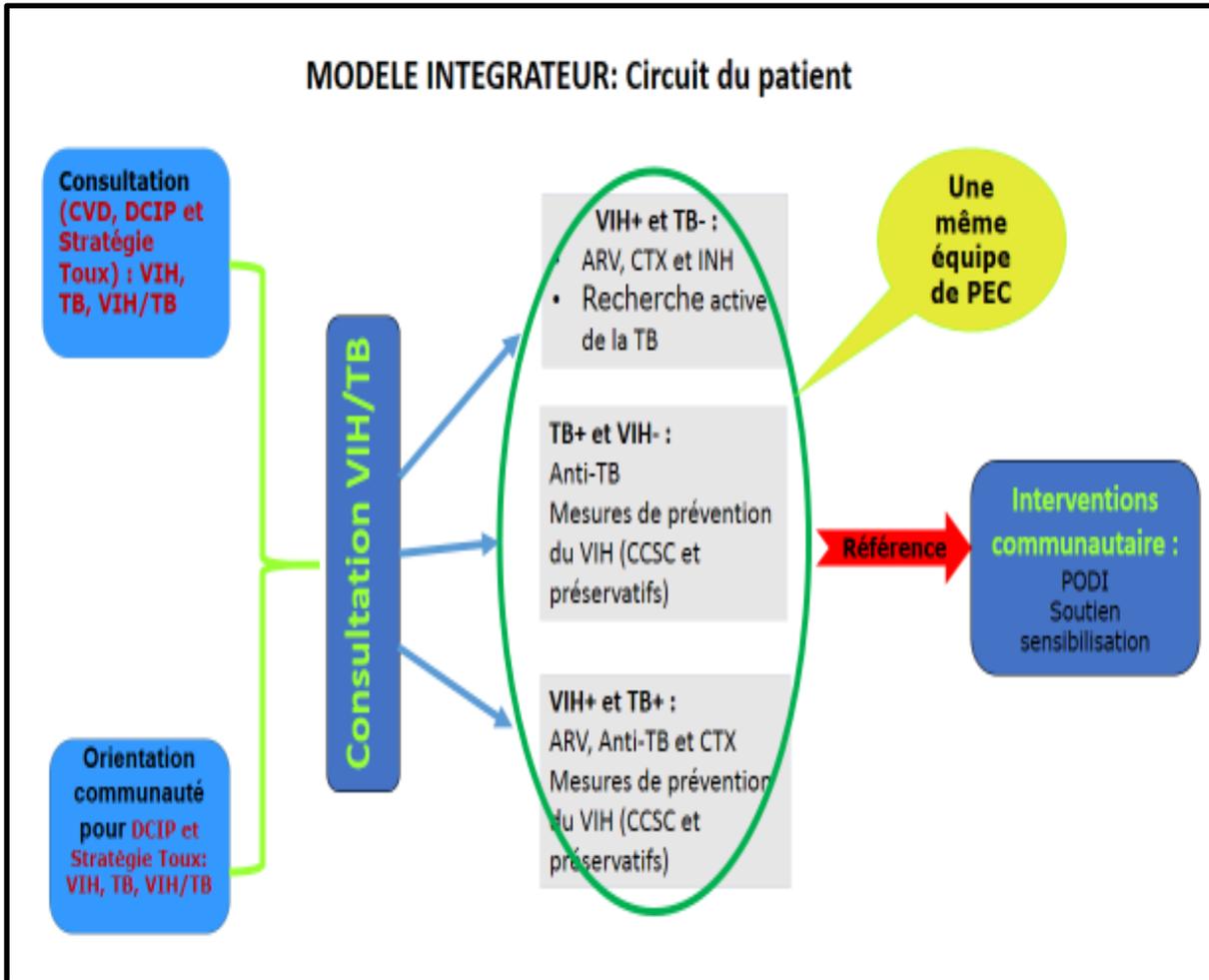
Tableau 3 : Description de deux modèles d'offre de service VIH/TB

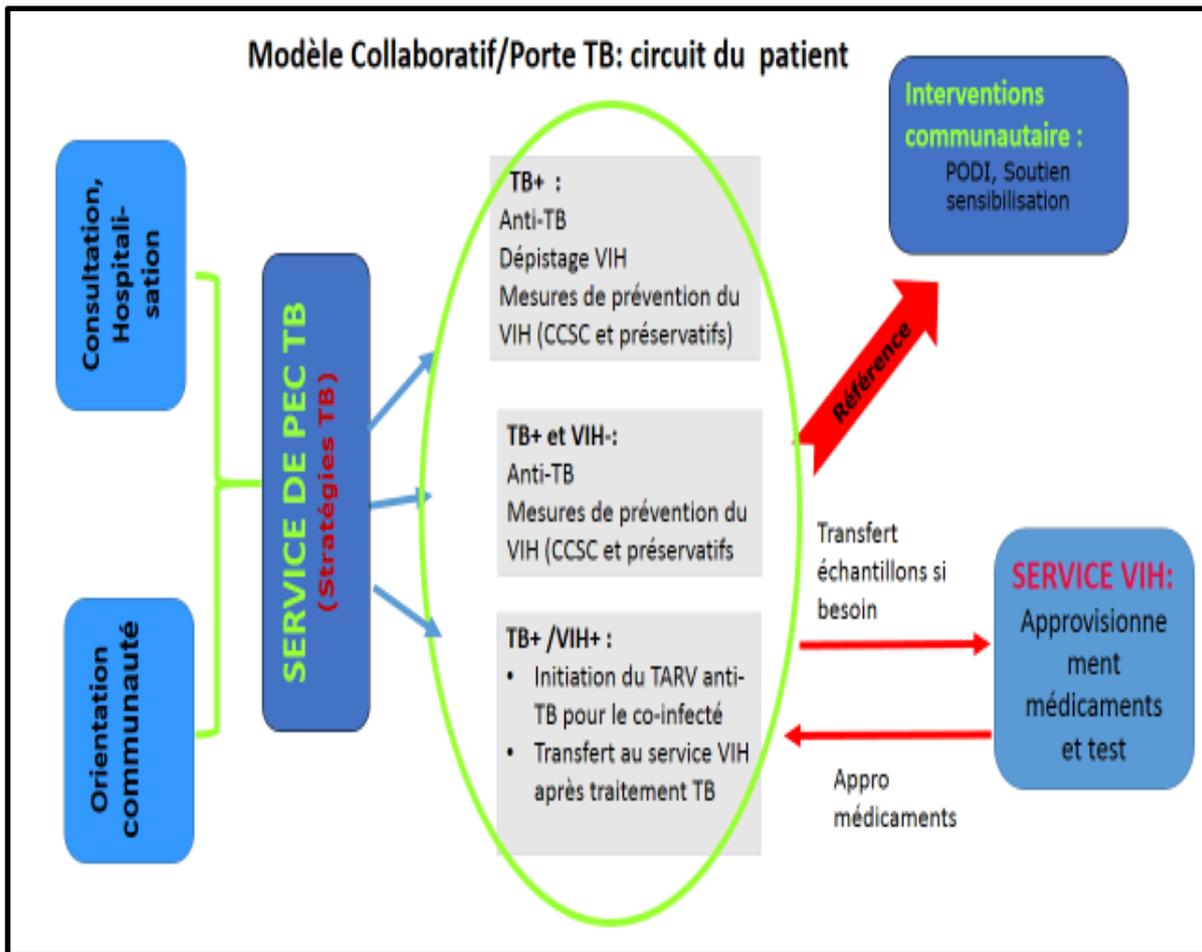
	MODELE INTEGRATEUR	MODELE COLLABORATIF
Paquet de service	<p>-Diagnostic TB et VIH (y compris la recherche active de la TB), PEC TB/VIH, prophylaxie (selon les directives de deux programmes)</p> <p>GeneXpert pour tout patient suspect TB, Si VIH+ :CD4 et TB-LAM (CD4 moins de 100) ; RDV.</p> <p>-Si patient TB+ et VIH- : paquet prévention VIH et traitement TB</p> <p>-Si patient VIH+ et TB- : paquet prévention TB et traitement VIH</p> <p>-Si GeneXpert (comme premier test de diagnostic de la TB là où c'est possible) et TB-LAM- avec symptômes persistants= référer pour RX</p>	<p>Le bon fonctionnement de ce modèle dépend du bon circuit d'approvisionnement et transport d'échantillons :</p> <p>➔ Activités TB : CDT & CT (références internes) ; PEC VIH et TB sur place ; approvisionnement en médicaments (Test VIH et ARV)</p> <p>-Diagnostic de la TB, PEC TB, test VIH, GeneXpert (comme premier test de diagnostic de la TB là où c'est possible)</p> <p>-Si patient TB+ et VIH- : Traitement TB et Prévention VIH</p>

	<p>-Si patient est coinfecté (VIH+ et TB+) : initier le traitement de deux pathologies selon les protocoles en vigueur</p> <p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence des équipes de soins multidisciplinaires et formées -Plan d'extension du GeneXpert -Circuit court pour le patient -Meilleur suivi des patients par une même équipe -Bonne continuité de soins VIH après la PEC de la TB <p><u>Points à améliorer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Renforcement des capacités des prestataires -Mesures de contrôle de l'infection - Motivation des prestataires - Crainte d'une infection nosocomiale chez les prestataires -Infrastructures : locaux appropriés avec bonne aération ; Aménagement des espaces comme salle d'attente ou Construction des Hangars Aération des locaux 	<p>-Si patient TB+ et VIH+ : Traitement TB + TARV sur place jusqu'à la fin du traitement TB.</p> <p>-Si GeneXpert et TB-LAM- avec symptômes persistants= référer pour RX ← → Le Patient peut être référé dans un site de prise en charge du VIH à la fin du traitement TB</p> <p>→ Activités VIH : Diagnostic et PEC VIH, recherche active et systématique de la tuberculose</p> <p>-Si VIH + & suspicion TB : envoi d'échantillon au CDT</p> <p>-Si VIH + & TB confirmé = traitement TB livrés sur place provenant du CDT</p> <p>-VIH+ & TB – : TARV et prophylaxie à l'INH</p> <p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipes formées soit VIH soit TB -Plan d'extension du GeneXpert -Infrastructures déjà adéquates dans les activités TB, pas beaucoup d'investissement <p><u>Points à améliorer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des prestataires - Renforcement des mesures de contrôle de l'infection - Motivation des prestataires -Infrastructures : locaux appropriés avec bonne aération ; Aménagement des espaces comme salle d'attente ou Construction des Hangars Aération des locaux -Aménagement des Points de collecte des crachats (contrôle de l'infection)
Circuit du patient	<p>1. TB - Consultation médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référence communautaire - Autre personnel soignant : - Dépistage VIH= Labo 	<p>Activités séparées, la coinfection fonctionne sur base d'échange dans l'offre de service</p> <p>La réussite dépend du bon fonctionnement du circuit</p>

	2. VIH -Service de dépistage : Consultation médicale, Référence communautaire, dépistage VIH et traitement, Recherche Active de la TB, prophylaxie à l'INH, traitent de la coinfection TB/VIH « Tous les malades confirmés reçoivent les deux tests »	d'approvisionnement et le transport d'échantillons
Récoltes des données et circuit de l'information	Outils uniques de collecte et de transmission de données, validation de données au niveau du site avant le monitoring de la ZS	Outils de collecte de données et de transmission séparés avec des outils de notification des références et contre référence
Approvisionnement en intrants	Circuit unique passant par la ZS en fonction de CMS	Circuit unique jusqu'au niveau des districts parfois séparation pour les FOSA

Il est nécessaire de définir le circuit du patient une fois entré dans la FOSA. Ce circuit doit être assez court pour permettre au patient de bénéficier de la prise en charge complète et de qualité dans un délai assez court. Le modèle intégrateur n'a qu'un seul circuit et le modèle collaboratif a deux circuits selon la porte d'entrée initiale du patient dans la FOSA (patient au départ dépisté TB ou PVVIH).





DOCUMENTS DE REFERENCE

- 1) WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis treatment
World Health Organization 2019
- 2) Définitions et cadre de notification pour la tuberculose- Révision
2013WHO/HTM/TB/2013.2 ;
- 3) Plan Stratégique National Tuberculose République du Congo 2020-2022, PNLT,
Edition Avril 2020
- 4) Module de formation « ONE STOP SHOP TB/VIH » en RDC, PNLT, édition 2018
- 5) Fiche d'information journée Mondiale du SIDA 1^{er} Décembre 2019 ONUSIDA
- 6) World Health Organization, Consolidated guidelines on the use of Antiretroviral
drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public
health approach. Geneva, Switzerland: WHO, second edition 2016
- 7) Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la
lutte après 2015 OMS 29 Novembre 2013 ;
- 8) Guide national de lutte contre la tuberculose CONGO 2008
- 9) Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le
VIH Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres
partenaires 2012
- 10) Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et
le VIH, 1ère édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004
- 11) Lignes directrices pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et
l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec
le VIH dans un contexte de ressources limitées. Genève, Organisation mondiale de
la Santé, 2010
- 12) Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Genève,
Organisation mondiale de la Santé, 2009
- 13) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Directives pour l'élaboration
d'indicateurs de base. Établissement des rapports 2010. Genève, Programme
commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009.
http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/JC1676_Core_Indicators_2009_fr.pdf.
- 14) Organisation mondiale de la Santé. Directives pour la surveillance du VIH chez les
Malades tuberculeux. 2e éd. Genève, 2004. WHO/HTM/TB/2004.339;
WHO/HIV/2004.06;
- 15) Infection tuberculeuse latente, Lignes directrice unifiées et actualisée pour la prise
en charge programmatique.
Organisation mondiale de la Santé 2018