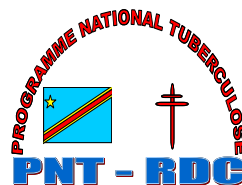


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH SIDA ET LES IST
En collaboration avec le
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE



**GUIDE DE PRISE EN CHARGE DE LA CO-
INFECTION VIH-TUBERCULOSE
DESTINE AU PERSONNEL SOIGNANT DE
LA ZONE DE SANTE**

NOVEMBRE 2008



ABREVIATIONS

ARV	: Antirétroviral
BCG	: Bacille Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)
BCZS	: Bureau Central Zone de Santé
BK	: Bacille de Koch
CD4	: Lymphocytes CD4
CDV	: Conseil Dépistage Volontaire
CPLS	: Coordination Provinciale de lutte contre le Sida
CPLT	: Coordination Provinciale de lutte contre la Tuberculose
CS	: Centre de Santé
CSDT	: Centre de Santé, de Diagnostic et de Traitement (de la tuberculose)
CSR	: Centre de Santé de Référence
CT	: Centre de Traitement (de la tuberculose)
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
CTX	: Cotrimoxazole
TDO	: Traitement directement observé
DOTS	: directly observed treatment short course
DCIP	: Diagnostic conseil initié par le prestataire
FL	: Formulaire Leucocytaire
GB	: Globules Blanc
H	: Isoniazide
HGR	: Hôpital général de Référence
IEC	: information éducation communication
IO	: Infection Opportuniste
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
IT	: Infirmier Titulaire
MDR	: Multi drug resistance
OAC	: Organisation à Assise Communautaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PA	: Personnes affectés
PATI	: Programme Antituberculeux Intégré
PEC	: Prise en Charge
PNLS	: Programme National de lutte contre le Sida
PNT	: Programme National de lutte contre la Tuberculose
PS	: Professionnel de sexe
PTME	: Prévention de la transmission Mère – enfant
PVV	: Personne vivant avec le Virus
RDC	: République Démocratique du Congo
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience acquise
TAR	: Traitement anti-rétroviral
TB	: Tuberculose
TEP	: Tuberculose extra pulmonaire
TL	: Technicien de laboratoire
TPM+	: Tuberculose Pulmonaire à microscopie positive
TPM-	: Tuberculose Pulmonaire a microscopie négative
VIH-TUB	: Virus d'Immunodéficience humaine – Tuberculose
VIH	: Virus d'Immunodéficience humaine
ZS	: Zone de Santé

ABREVIATIONS	2
1. INTRODUCTION	4
1.1 OBJECTIFS.....	5
1.2 A QUI EST DESTINE CE GUIDE ?	5
1.3 COMMENT UTILISER CE GUIDE ?	5
2. CHAPITRE 1 : ACTIVITES DE REDUCTION DE L'IMPACT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PVV.	6
2.1 DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC : QUAND SUSPECTER UNE TUBERCULOSE CHEZ UNE PVV ?	6
2.1.1 <i>La tuberculose pulmonaire</i>	6
2.1.2 <i>Tuberculose extra-pulmonaire</i>	8
2.2 PREVENTION	9
<i>Comment prévenir ou éviter la survenue de la Tuberculose dans l'infection à VIH ?</i>	9
2.2.1 <i>Mesures environnementales</i>	9
2.2.2 <i>Le port des masques</i>	10
2.2.3 <i>L'organisation des séances d'IEC aux malades tuberculeux</i>	10
2.2.4 <i>L'adoption des attitudes préventives vis-à-vis des suspects tuberculeux, patients à microscopie positive et patients MDR :</i>	10
2.2.5 <i>La vaccination des enfants nés des mères séropositives :</i>	10
2.3 TRAITEMENT ANTI-TUBERCULEUX ET SUIVI.....	10
2.3.1 <i>Les régimes de traitement :</i>	10
2.3.2 <i>Personne responsable de la prescription du traitement</i>	11
3. CHAPITRE 2 : ACTIVITES DE REDUCTION DE L'IMPACT DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES TUBERCULEUX.	11
3.1 LE DEPISTAGE ET CONSEIL INITIE PAR LE PRESTATAIRE.	11
3.2 DEPISTAGE DU VIH.....	11
3.3 ETAPES ET DEROULEMENT DU COUNSELLING.....	12
3.4 PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE	15
3.4.1 <i>Les Indications du Cotrimoxazole</i>	15
3.4.2 <i>Les contre-indications du Cotrimoxazole</i>	15
3.4.3 <i>Les schémas thérapeutiques chez l'adulte et le grand enfant (>13 ans)</i>	16
3.4.4 <i>Les effets indésirables</i>	16
3.4.5 <i>Le suivi clinique</i>	17
3.5 LE TRAITEMENT ARV.....	17
3.5.1 <i>Avantages et bénéfices du Traitement ARV</i>	17
3.5.2 <i>Quand administrer le traitement ARV ?</i>	18
3.5.3 <i>Le traitement ARV</i>	18
3.5.4 <i>Quand référer pour le début du traitement ARV ?</i>	18
4. CHAPITRE 3 : SUIVI DES PATIENTS CO-INFECTES	19
4.1 SUIVI DU TUBERCULEUX EN DEHORS DU TRAITEMENT ARV	19
4.2 SUIVI DES TRAITEMENTS	19
4.2.1 <i>Traitement anti-tuberculeux</i>	19
4.2.2 <i>Traitement ARV :</i>	20
4.2.3 <i>Suivi de l'administration concomitante des deux traitements</i>	21
4.2.4 <i>Le syndrome de restauration immunitaire (SRI)</i>	22
5. CHAPITRE 4 : PROMOTION DE L'ADHERENCE AUX TRAITEMENTS	23
5.1 LES PARTIES IMPLIQUEES DANS L'ADHERENCE	23
5.2 LES CAUSES DE LA NON OBSERVANCE.....	23
5.3 CONSEQUENCES DE LA NON OBSERVANCE.....	23
5.4 PROMOTION DE L'ADHERENCE	23
5.5 APPLICATION DU TDO	23
6. CHAPITRE 6 : SUIVI ET MONITORAGE.	24
6.1 ORGANISATION DES SERVICES DANS LA ZONE DE SANTE	24
6.2 LE SYSTEME D'INFORMATION AU NIVEAU PERIPHERIQUE	24
6.2.1 <i>Délai de transmission</i>	24
6.2.2 <i>Types d'indicateurs</i>	25

1. INTRODUCTION

La tuberculose et l'infection à VIH/SIDA sont deux problèmes majeurs de santé publique dans le monde, en Afrique sub-saharienne et particulièrement en RDC.

Fin 2001, l'OMS estimait qu'environ le tiers des personnes vivants avec le VIH/Sida dans le monde étaient co-infectés avec le mycobacterium tuberculosis.

La majorité de ces gens vivent dans les pays à ressources limitées comme la RDC.

La moitié des PVV développe la tuberculose et celle-ci à son tour se présente comme première cause de morbidité et de mortalité chez les patients VIH positifs. La tuberculose est responsable d'un tiers des décès des PVV dans le monde.

La prévalence du VIH a été estimée dans la population en 2007 à 4,04% (surveillance sites sentinelles/PNLS).

En 2004 avec 63% de taux de détection de la tuberculose (données épidémiologique PNT/RDC), la RDC a été classée 11^{ème} pays parmi les 22 pays qui supportent 80% du poids de la maladie dans le monde.

EN 2005, le projet pilote OMS de la mise en place de l'intégration des activités de co-infection à Kinshasa dans les structures de base a montré que parmi les tuberculeux ayant accepté le test de VIH/Sida, 44% étaient co-infectés par le VIH/Sida.

Le projet pilote IHC Bas Congo, Nord Kivu, a trouvé que chez les tuberculeux la séroprévalence VIH varie entre 13 et 17%. Tandis que, dans le rapport WHO 2008, la séroprévalence chez les nouveaux cas tuberculeux serait de 9,2% en 2006 en RDC.

L'infection à VIH et la Tuberculose exercent l'une sur l'autre un effet délétère réciproque.

D'une part en effet, le VIH entraîne un effet amplificateur considérable sur la tuberculose, cela de plusieurs manières :

- Il favorise l'apparition d'une tuberculose active chez les sujets infectés par le bacille tuberculeux.
- Il favorise l'apparition d'une tuberculose active chez les personnes ayant une tuberculose latente (réactivation)
- Il accroît le taux de récurrence de la tuberculose
- Il accroît le risque de contamination (transmission des autres membres de la communauté) par l'augmentation du nombre des cas de tuberculose

D'autre part, comme toute infection opportuniste, la tuberculose aggrave l'infection à VIH en accélérant l'évolution naturelle de l'infection dans le sens de la déplétion rapide des CD4.

Ces deux infections accélèrent mutuellement leur progression ; la tuberculose diminue considérablement l'espérance de vie des PVV.

Par conséquent, l'une des priorités de la lutte antituberculeuse doit être la prévention de l'infection à VIH par un dépistage systématique de la tuberculose chez les PVV et inversement, l'une des priorités des programmes VIH/SIDA doit être la prévention et la prise en charge de la tuberculose.

Participer à la lutte contre la tuberculose devient donc une priorité pour le programme de lutte contre le VIH/Sida d'une part, et d'autre part, participer activement au contrôle de l'épidémie du VIH/Sida devient un point important dans les soins des patients tuberculeux.

Ainsi l'intégration des mesures de lutte contre les deux affections au niveau des équipes du terrain s'avère indispensable pour affronter efficacement la charge de morbidité induite par ce couple infernal, d'où l'élaboration du présent guide.

C'est ce qui justifie la nécessité d'élaborer une stratégie d'intégration des activités de co-infection dans les structures de base.

1.1 Objectifs

Objectif général

Assurer une prise en charge correcte des malades co-infectés par le VIH et la tuberculose.

Objectifs spécifiques

- assurer le Dépistage et Conseil Initié par le Prestataire (DVIP) auprès des malades diagnostiqués tuberculeux pour le dépistage de l'infection à VIH.
- rechercher systématiquement la tuberculose chez les malades avec infection VIH
- référer les malades tuberculeux éligibles au traitement antirétroviral.
- assurer les mesures de prophylaxie contre l'infection au VIH et, en particulier, la prophylaxie au Cotrimoxazole.
- assurer le suivi des anti-tuberculeux et antirétroviraux et en promouvoir l'adhérence.
- dépister les effets secondaires des traitements et en assurer leur prise en charge.
- assurer les mesures immédiates en cas d'exposition au VIH et déterminer les conditions d'une prophylaxie post-expositionnelle.
- référer les patients co-infectés pour une prise en charge si nécessaire.

1.2 A qui est destiné ce Guide ?

Le présent guide est un complément des directives techniques du programme tuberculose (PATI IV) et des normes et directives PNLIS (guide ARV, prise en charge IST, prise en charge des infections opportunistes ...).

Il est destiné aux prestataires du Niveau B, c'est-à-dire du Centre de Santé ou du Centre de Santé de Référence.

Il décrit les activités de prise en charge clinique et de collecte de données ; il se veut être dynamique et nécessitera d'être révisé au vu de l'évolution en terme de prise en charge des PVV et en particulier des patients co-infectés.

1.3 Comment utiliser ce guide ?

Le présent guide se veut comme un aide-mémoire que le prestataire devra utiliser devant tout patient se présentant au centre de santé dans le cadre du VIH ou dans le cadre de la tuberculose. Il devra rapidement identifier les signes d'appel et classer les besoins du patient. Ainsi, le prestataire se référera rapidement à la page correspondant à la situation présente devant lui. Il suivra les instructions mentionnées dans ce guide.

2. CHAPITRE 1 : ACTIVITES DE REDUCTION DE L'IMPACT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES PVV.

2.1 Dépistage et diagnostic : quand suspecter une tuberculose chez une PVV ?

L'intensification de ce dépistage consiste à rechercher les signes et symptômes de la tuberculose chez les PVV.

Il convient de noter que sur le plan clinique, le tableau de la tuberculose dépend du stade de l'infection au VIH et de l'importance du déficit immunitaire qui lui est associé.

- Aux stades précoces de l'infection à VIH, l'immunodépression est légère ou modérée, les manifestations sont celles d'une tuberculose commune avec une bacilloscopie souvent positive.
- Une immunodépression plus sévère s'accompagne des formes atypiques (pulmonaires à microscopie négative et extra pulmonaires) difficiles à diagnostiquer.

Eléments en rapport avec la forme pulmonaire	Stade de l'infection à VIH	
	Stade précoce	Stade avancé
Tableau clinique	Tableau habituel	Tableau de primo-infection
Résultat de crachat	Souvent positif	Souvent négatif
Radiographie du thorax	Souvent présence des cavités	Souvent des infiltrats sans cavités, images non spécifiques.

2.1.1 La tuberculose pulmonaire

En cas de tuberculose pulmonaire, le symptôme majeur est la toux. Elle devient suggestive de la tuberculose quand elle atteint une durée de 15 jours.

Le prestataire devra disposer d'une check-list lui permettant de passer en revue tous les signes pouvant accompagner la toux :

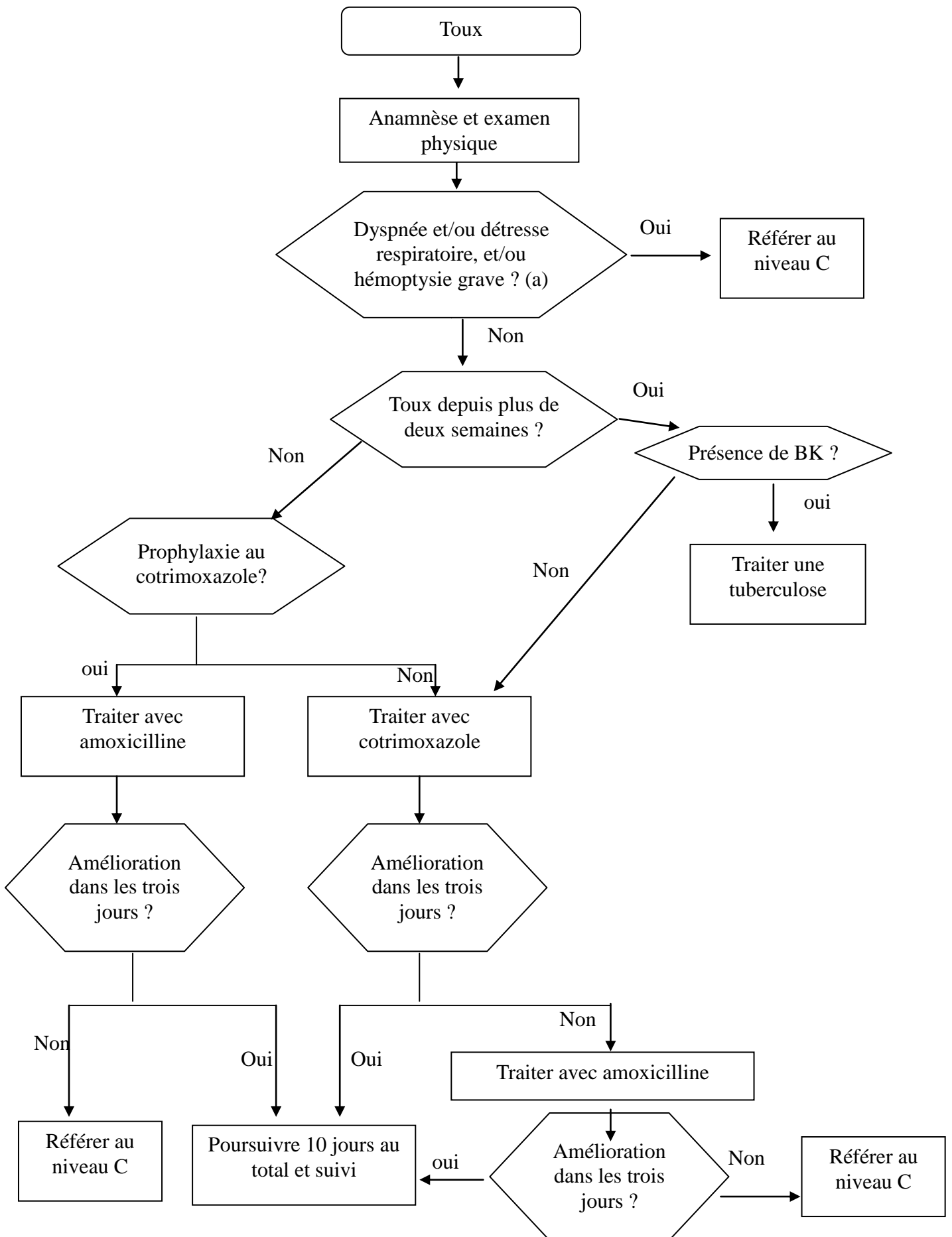
- transpiration nocturne
- fièvre
- fatigue
- amaigrissement
- manque d'appétit

Chez tout malade suspect de tuberculose pulmonaire, 3 échantillons de crachat doivent être prélevés en l'espace de 2 jours pour limiter le déplacement du patient.

La qualité de l'expectoration doit être appréciée par le technicien de laboratoire suivant le statut du patient. Pour le nouveau cas, les expectorations doivent être purulentes ou muco-purulente. Tout échantillon salivaire doit être refusé.

Dans la mesure du possible, il faut examiner les expectorations le jour même de leur recueil après coloration au Ziehl.

Devant donc tout cas de la toux, on devrait recourir à l'algorithme de la toux.



2.1.2 Tuberculose extra-pulmonaire

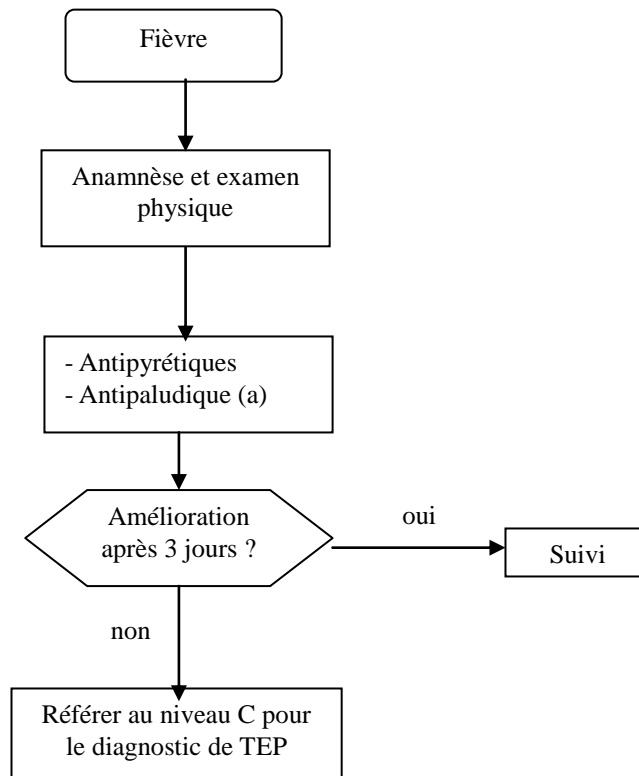
Le diagnostic de la Tuberculose extra-pulmonaire est **de la compétence exclusive du médecin**.

Cependant, le prestataire du CS peut partir des algorithmes de la fièvre et des adénopathies pour référer en vue d'un diagnostic éventuel de la tuberculose extra-pulmonaire.

2.1.2.1 LES FORMES DE TEP

TEP graves	TEP moins graves
Méningite	Adénite
Miliaire	Pleurésie unilatérale peu étendue
Péricardite	Atteinte osseuse autre que le rachis
Péritonite	Articulations périphériques
Pleurésie bilatérale ou étendue	Atteinte des surrénales
Atteinte rachidienne	
Atteinte intestinale	
Atteinte uro-génitale	

2.1.2.2 Algorithme de la fièvre

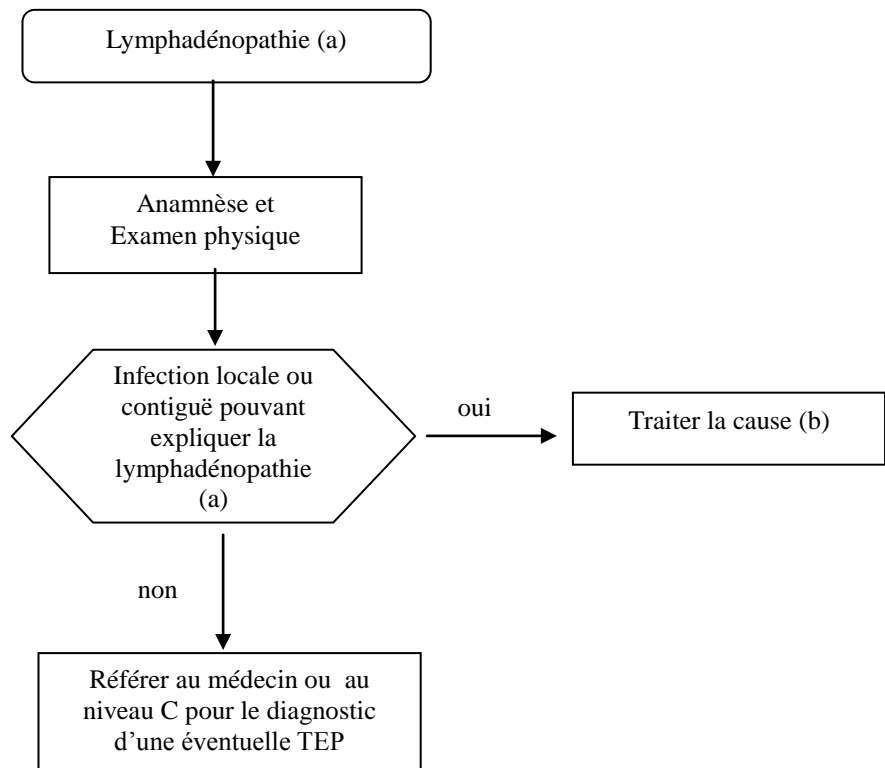


ANNOTATIONS

a : La fièvre est traitée de façon empirique par l'association antipyrétiques et traitement antipaludique conformément à la politique nationale sur la prise en charge thérapeutique du paludisme.

Après une première prise, l'antipyrétique (ex : paracétamol) peut être pris à la demande en fonction de la fièvre et de sa tolérance. Les moyens physiques pour faire baisser la fièvre sont également utiles en combinaison avec les antipyrétiques.

2.1.2.3 Algorithme des lymphadénopathies



ANNOTATIONS

a: Une bonne anamnèse et un examen clinique minutieux sont importants et peuvent suffire à poser le diagnostic sans forcément avoir recours à des examens sophistiqués.

Un examen clinique bien fait doit mettre en évidence toute infection locale ou contiguë pouvant expliquer la lymphadénopathie.

b : Soins locaux et traitement antibiotique : pénicilline V ou amoxicilline (angine, otite) ou cloxacilline si staphylococcie suspectée

2.2 Prévention

Comment prévenir ou éviter la survenue de la Tuberculose dans l'infection à VIH ?

La prévention de la tuberculose chez les PVV peut se faire de différentes manières :

2.2.1 Mesures environnementales

Une bonne ventilation des salles réduit la transmission de la tuberculose. Sachant que la lumière solaire détruit les BK, les chambres d'hospitalisation des malades ainsi que les laboratoires doivent avoir les fenêtres larges.

2.2.2 Le port des masques

Le port de masque réduit le risque de transmettre la maladie par le porteur du masque. Ainsi, un suspect tuberculeux ou un patient tuberculeux pourrait porter un masque quand il se déplace d'un endroit de l'hôpital à un autre (avec risque de stigmatisation). Par contre le port de masque ne protège pas le personnel soignant de l'inhalation des gouttelettes sauf dans le cas où il assiste à une bronchoscopie.

2.2.3 L'organisation des séances d'IEC aux malades tuberculeux

Le personnel soignant devrait éduquer les suspects tuberculeux ainsi que les patients tuberculeux de prendre les précautions en vue de réduire la transmission de la tuberculose parmi lesquelles couvrir la bouche avec les mains quand il tousse, utiliser un pot à crachat quand il crache. Demander au patient et au suspect tuberculeux de tourner la tête quand il tousse pour éviter de tousser directement en face de personnel soignant.

2.2.4 L'adoption des attitudes préventives vis-à-vis des suspects tuberculeux, patients à microscopie positive et patients MDR :

Vis-à-vis des suspects tuberculeux contagieux hospitalisés, il est souhaitable que le personnel de santé ne mette pas ces patients à côté d'autres malades, quels qu'ils soient. Cette mesure est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit de patients infectés par une tuberculose multi-résistante.

Les patients tuberculeux à microscopie positive devront commencer leur traitement le plus rapidement possible dès que le diagnostic est posé.

2.2.5 La vaccination des enfants nés des mères séropositives :

Le BCG est recommandé à tous les enfants nés des mères séropositives, excepté à ceux qui sont hypotrophique, qui présentent un faible poids de naissance et à ceux qui présentent des symptômes de SIDA maladie.

2.3 Traitement anti-tuberculeux et suivi

Les malades tuberculeux à mettre sous traitement anti-tuberculeux se subdivisent en 4 catégories :

- Catégorie I : nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, nouveaux cas à microscopie négative avec une importante atteinte des tissus pulmonaires, nouveaux cas de tuberculose extra-pulmonaire
- Catégorie II : Cas de retraitement qui comprennent : les rechutes, les échecs thérapeutiques et la reprise de traitement après interruption.
- Catégorie III: Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative et de tuberculose extra-pulmonaire sans gravité
- Catégorie IV: Cas considérés comme chroniques du fait qu'ils expectorent des bacilles tuberculeux après un régime de retraitement complet dont un grand nombre sont multi-résistants.

2.3.1 Les régimes de traitement :

Pour les catégories I et III : 2 mois d'association RHZE et 4 mois d'association RH

Pour la catégorie II : 2 mois d'association SRHZE, 1 mois de RHZE et 5 mois de RHE

Pour la catégorie IV : son traitement est complexe et découle d'une référence

(R=Rifampicine, H= Isoniazide, Z= Pyrazinamide, E= Ethambutol, S= Streptomycine)

L'évaluation de la tolérance va se baser sur le dépistage des effets secondaires de chaque produit en cours (voir suivi de traitement).

2.3.2 Personne responsable de la prescription du traitement

Pour les nouveaux cas de tuberculose à frottis positif, c'est l'infirmier responsable de l'unité sanitaire où le malade a été diagnostiqué qui prescrit et applique le traitement.

Pour tous les autres cas, c'est au médecin que revient la charge de décider de la mise sous traitement et de fixer le schéma thérapeutique à appliquer. L'infirmier aura la charge d'appliquer le traitement institué.

La meilleure garantie de succès de la prise en charge est la régularité du malade au traitement assurée par :

- L'application du TDO en phase initiale ou intensive et en phase de continuation
- L'approvisionnement régulier du malade en médicaments de qualité
- Le suivi bactériologique des malades
- Le suivi des rendez-vous des malades
- Une bonne communication entre les centres concernant les malades transférés ou référés

3. CHAPITRE 2 : ACTIVITES DE REDUCTION DE L'IMPACT DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES TUBERCULEUX.

3.1 Le Dépistage et conseil initié par le prestataire.

Le prestataire doit prendre l'initiative du Conseil et Dépistage de l'infection à VIH au travers de toutes les activités du centre de santé, en vue d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce.

Devant tout patient ayant une tuberculose, qu'il présente ou pas les signes ou symptômes d'une maladie liée au VIH, le prestataire va proposer donc un dépistage du VIH.

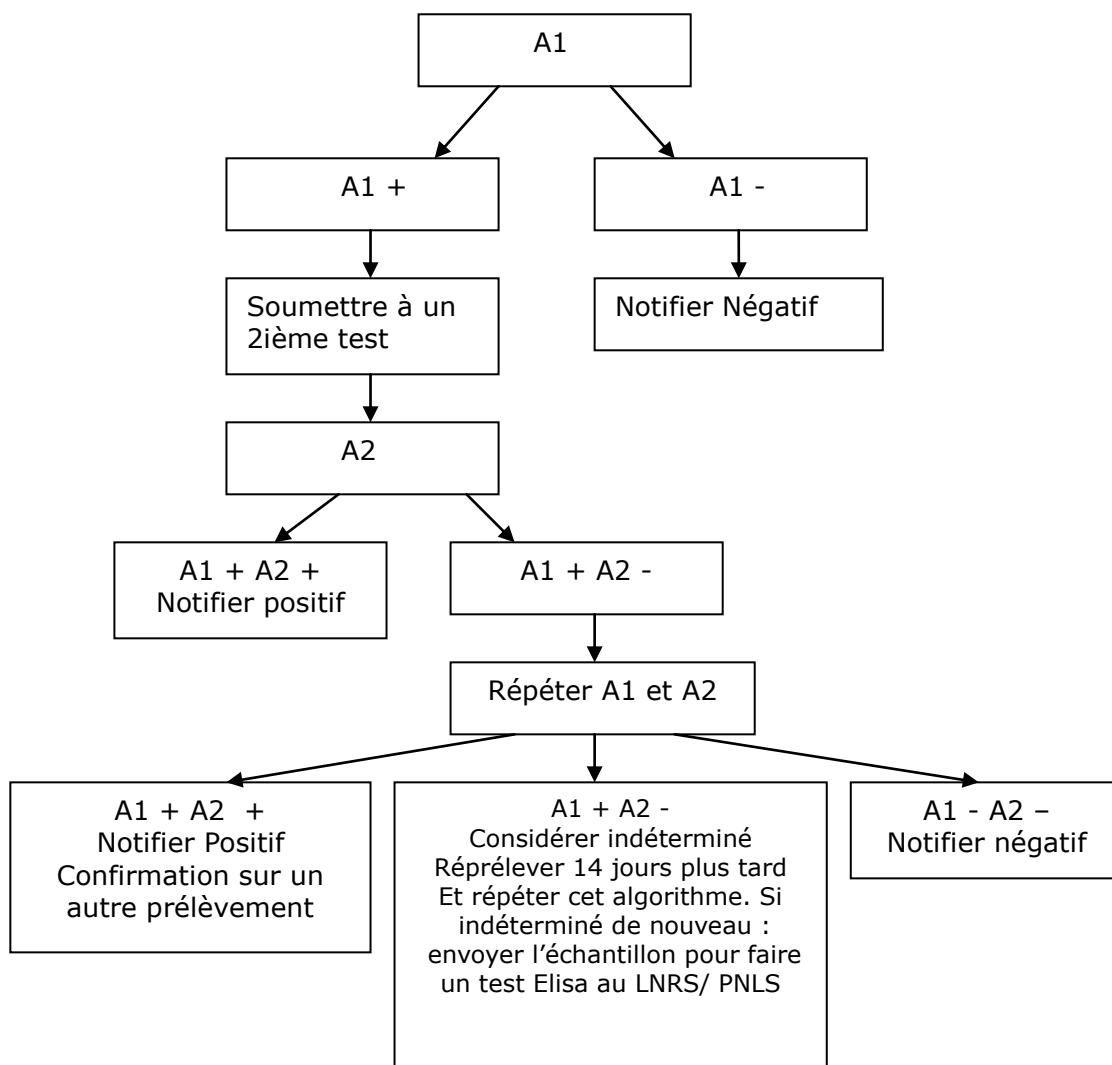
Les éléments de base du counselling sont :

- Discuter du caractère volontaire et confidentiel du service avec le client
- Obtenir le consentement éclairé du client
- 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 de ses clients.
- Assurer la référence quand nécessaire vers les structures de prise en charge appropriées

Le Counselling doit être confidentiel et, dans le cadre de la co-infection, il se déroulera uniquement dans la structure de soins.

3.2 Dépistage du VIH

Dans le cadre du dépistage du VIH en milieu de soins pour un patient tuberculeux, le prestataire se base sur l'algorithme de la stratégie 2 de l'OMS qui recourt à deux tests successifs, A1 (Determine) et A2 (Unigold) :



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 aux patients de refuser explicitement le test s'ils ne veulent pas être testés. **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.

Ces discussions ultérieures vont porter sur le droit de refuser le dépistage, sur les risques et les avantages du test et de la divulgation des résultats, sur le bénéfice d'un traitement ARV instauré à temps et sur l'aide sociale disponible.

Le DCIP doit s'accompagner d'un ensemble recommandé de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien lié au VIH.

Ceci inclus le test systématique de tous les patients tuberculeux dans le cadre de leur prise en charge habituelle.

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 recommandé

Le DCIP doit s'accompagner d'un ensemble recommandé de moyens 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.

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.

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

- Les interactions entre tuberculose et VIH et les raisons motivant le dépistage au VIH
- les avantages du dépistage du point de vue clinique et préventif
- les services disponibles notamment l'accès au traitement ARV
- le traitement confidentiel du résultat (confidentialité partagée entre les prestataires)
- le fait que le patient a le droit de refuser le test
- le fait que le refus du dépistage du VIH n'influencera pas l'accès aux services (non conditionnés au statut sérologique)
- les types de résultats que peut donner un test
- 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
- donner l'information sur la signification sur les différents types de résultats possibles
- le fait d'avoir la possibilité de poser des questions aux soignants

Pour les femmes enceintes, il faudrait relever

- les risques de transmission du VIH au nourrisson
- 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 » quant il n'y a ni parent ni tuteur légal.

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

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.

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.

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 l'apparition des anticorps anti-VIH (avant la séroconversion) et la recommandation de refaire le test en cas d'exposition récente.
- 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.

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 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.

L'annonce d'un Résultat Indéterminé

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

Il faut :

- Laisser le temps au client de réagir
- Conseiller le client d'utiliser une méthode de dépistage plus précise ou de refaire le test après une période de trois mois

Un client recevant un résultat indéterminé doit être pris en charge au même titre qu'un client séropositif

3.4 Prophylaxie au cotrimoxazole

A cause de l'immunité 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 pneumonies bactériennes, parasitaires ou mycosiques
- certaines maladies diarrhéiques
- du système nerveux central et
- certaines septicémies fréquemment associées au VIH.

Il semble aussi que le Cotrimoxazole réduise la survenue du Paludisme, la diarrhée et conséquemment des hospitalisations.

3.4.1 Les Indications du Cotrimoxazole

La prophylaxie au Cotrimoxazole est indiquée chez toute PVV présentant des symptômes, c'est-à-dire à partir du stade 2 de l'OMS.

La tuberculose fait classer l'infection à VIH à un stade avancé (au stade 3 de l'OMS pour la tuberculose pulmonaire ou stade 4 si c'est la forme extra-pulmonaire) .

La prescription du Cotrimoxazole est donc systématique en cas de co-infection VIH-tuberculose. Cette prescription est à vie en dehors du traitement ARV et doit être poursuivi après le traitement anti-tuberculeux.

En outre, en dehors de la tuberculose, elle peut être indiquée au stade 1 de l'OMS si la numération des Lymphocytes CD4 est inférieure à 200/ μ L.

La prophylaxie au Cotrimoxazole s'arrête en cas de :

- la remontée des lymphocytes CD4 au-dessus de 350/ μ L
- l'allergie cutanée sévère.

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
- Chez la femme qui allaite durant les 2 premiers mois
- En cas d'insuffisance rénale et hépatique sévère.

3.4.3 Les schémas thérapeutiques chez l'adulte et le grand enfant (>13 ans)

Chez l'adulte :

Un comprimé « dose simple » contient 400mg sulfaméthoxazole et 80mg triméthoprim et est plus connu comme *Bactrim ordinaire*. Les comprimés « double dose » sont plus connus 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 pour sept jours 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.

3.4.4 Les effets indésirables

La pharmacovigilance voudrait que l'on prévienne le patient de la possibilité de survenue d'une réaction allergique.

Généralement, le Cotrimoxazole est bien toléré mais on peut avoir des effets cutanés allant du simple prurit à une véritable toxidermie.

Les effets indésirables suivants peuvent s'observer :

- troubles gastro-intestinaux (nausée, vomissements, diarrhée) : les plus courants
- fièvre et rougeur
- hépatite: il faut arrêter le Cotrimoxazole en cas d'ictère
- anémie
- Réactions cutanées :
 - **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.

- **Prurit plus 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 les lésions cutanées s'aggravent**

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.

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.

3.4.5 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 prendre les comprimés.

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 ARV

Les médicaments ARV agissent en bloquant une étape du cycle de réplication du VIH.

Pour un effet optimal, il est toujours conseillé 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.

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.

3.5.2 Quand administrer le traitement ARV ?

- Pour un patient au **stade 4 de l'OMS** soit au stade de Sida maladie, quelque soit le taux de CD4.
- Pour les patients au **stade 3 de l'OMS** avec un **taux de CD4 < 350/mm³ ou Lymphocytes Totaux < 1.200/mm³**.
- Pour les patients aux **stades 1 ou 2 de l'OMS**, avec les **CD4 inférieurs à 200/mm³**.
- Pour les patients au **stade 2**, avec les **Lymphocytes Totaux < 1.200/mm³**.

Tout patient remplissant les critères d'éligibilité doit être référé auprès d'un médecin pour la mise sous traitement ARV.

3.5.3 Le traitement ARV

Le PNLS recommande l'association des trois ARV suivants en première intention :

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP).

Cependant, lors de la coinfection, la Névirapine interfère avec la rifampicine et le risque d'atteinte hépatique est augmenté: la Névirapine est remplacée par l'Efavirenz (**EFZ**) et le schéma suivant est appliqué :

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFZ).

En cas de contre-indication ou de toxicité avec la Zidovudine (anémie, Hémoglobine \leq 7g/dl), on remplace par la Stavudine (d4T).

En cas de co-infection, la priorité ou l'urgence est de traiter la Tuberculose. La mise sous traitement ARV est post-posée.

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

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

3.5.4 Quand référer pour le début du traitement ARV ?

Toute mise sous traitement ARV est une décision du médecin prescripteur

Le fait qu'un patient est éligible au traitement ARV ne veut pas dire qu'il sera mis sous traitement le jour même.

Dans le cadre de la co-infection, si le sujet a un risque élevé de mourir pendant la durée du traitement antituberculeux c'est-à-dire qui présente une forme disséminée de la Tuberculose ou le stade 4 de l'OMS et/ou une numération des Lymphocytes CD4 < 200/ μ L, il pourra commencer les ARV entre deux semaines à un mois après le début du traitement antituberculeux.

Si les Lymphocytes CD4 sont situés entre 200 ou 350/ μ L, le traitement ARV peut être commencé après la phase intensive du traitement anti-tuberculeux ou soit à la fin de deux mois.

Devant un patient présentant une aggravation de son état général, des manifestations cliniques d'infections opportunistes, il convient de référer ce patient à un médecin.

4. Chapitre 3 : SUIVI DES PATIENTS CO-INFECTES

4.1 Suivi du tuberculeux en dehors du traitement ARV

Le tuberculeux séropositif peut être ou non éligible au traitement ARV.

Si le tuberculeux n'est pas éligible au traitement ARV, il va poursuivre son traitement anti-tuberculeux jusqu'à la fin **en maintenant la prophylaxie au Cotrimoxazole**.

A moins qu'il ne devienne éligible avant la fin du traitement anti-tuberculeux pour le référer en vue de la mise sous traitement ARV.

Durant le traitement anti-tuberculeux, l'accent sera mis sur l'évaluation de l'efficacité du traitement et sa tolérance.

A la fin du traitement anti-tuberculeux, le suivi consistera à dépister et prendre en charge les infections opportunistes et déterminer le moment de l'éligibilité au traitement ARV.

4.2 Suivi des traitements

4.2.1 Traitement anti-tuberculeux

La tolérance

Médicaments	Effets secondaires	Mesures à prendre
Isoniazide	- Euphorie - Insomnie	Vérifier la posologie (5mg/kg/j)
Rifampicine	- Urines colorées - Douleurs gastriques, nausées, anorexie, dyspnée, syndrome grippal, prurit	- Traitement asymptomatique
Streptomycine	- Nausées, vomissements, - Vertiges, réactions locales aux sites d'injection	- Traitement asymptomatique - Injections lentes en I.M. profonde
Pyrazinamide	- Nausées, anorexie - Arthralgies ou syndrome goutteux	- Traitement asymptomatique - Aspirine pendant les repas
Ethambutol	- Nausées, arthralgies	- Traitement asymptomatique

L'efficacité

Dans la tuberculose pulmonaire à microscopie positive, l'efficacité du traitement est contrôlée par la NEGATIVATION BACTERIOLOGIQUE de l'expectoration.

Les bacilloscopies de contrôle doivent être exécutées :

Pour la catégorie I : à la fin du 2^{ème}, 5^{ème} et du 6^{ème} mois de traitement.

Pour la catégorie II : à la fin du 3^{ème}, 5^{ème} et du 8^{ème} mois de traitement

Il est souvent difficile d'obtenir des crachats, surtout purulents, d'un malade en voie de guérison, mais c'est cependant le seul critère définitif de guérison qui doit être recherché avec insistance et application. On doit obtenir deux échantillons d'expectoration même claire de 2 ml environ, après un effort de toux, et les faire examiner.

4.2.2 Traitement ARV :

Le suivi clinique porte essentiellement sur deux points :

- la tolérance du traitement et
- l'efficacité du traitement.

a. La tolérance

Elle se base sur la pharmacovigilance.

La pharmacovigilance se fait à deux niveaux : au niveau de l'anamnèse et au niveau de l'examen physique.

Effets secondaires	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Allergie cutanée avec Névirapine ou Efavirenz	Erythème, prurit	Eruption diffuse, maculopapuleuse, ou une desquamation sèche	Eruption vésiculeuse, ou une desquamation séreuse ou ulcéralive	Dermatite exfoliative, ou muco-membraneuse; ou un érythème multiforme ou le syndrome de Stevens-Johnson ou la nécrose qui requiert la chirurgie
ATTITUDE	Antihistaminique	Antihistaminique, Corticoïdes	Référer	Référer
Neuropathie périphérique	Malaise mineur; picotements	Malaise modéré; engourdissement	Malaise sévère; douleurs ou brûlures	Débilisant; anesthésie, amyotrophie, impossibilité de marcher sur la plante des pieds
Avec Stavudine principalement et moindre degré avec Zidovudine, Lamivudine				
ATTITUDE	Pas de traitement requis	Réponse aux antalgiques non-morphiniques	Référer Utiliser les morphiniques jusqu'à l'amélioration clinique	Référer Pas de réponse aux morphiniques
Hépatite avec Névirapine ou Efavirenz	Ictère	Ictère	Ictère	Ictère
ATTITUDE	Référer	Référer	Référer	Référer
Anomalies biologiques				
Hémoglobine	8.0-9.4 g/dl	7.0-7.9 g/dl	6.5-6.9 g/dl	<6.5 g/dl
Neutrophiles Avec Zidovudine	1.000–1.500/mm ³	750–990/mm ³	500–749/mm ³	< 500 / mm ³
ATTITUDE	Continuer traitement	Evaluer après 2 semaines, si inchangé, référer	Référer	Référer

Autres effets secondaires :

- Lipodystrophie : Trouble de distribution graisseuse avec 2 composantes :

- Syndrome d'accumulation graisseuse :
 - Bosse de bison
 - Obésité abdomino-viscérale
 - Gynécomastie
 - Parfois lipomes périphériques
- Syndrome d'atrophie graisseuse : perte graisses au visage, fesses, extrémités

Elle est causée par **la Stavudine, la Zidovudine** ou exceptionnellement avec **la Lamivudine**

- Acidose lactique : trouble survenant au-delà de traitement ARV, plus fréquemment rencontré chez la femme, surtout durant la grossesse.

Elle est causée essentiellement par **la Stavudine** et aussi **la Zidovudine** et enfin **la Lamivudine**.

Elle se manifeste par asthénie, fatigabilité, perte de poids inexpliquée, nausées, vomissements, douleurs abdominales, crampes musculaires, dyspnée, vertiges, tachycardie.

(**Attitude** : Référer immédiatement et surtout ne pas administrer le glucose.)

b. L'efficacité

L'efficacité ou l'échec du traitement ARV s'évalue à partir de 6 mois de prise et s'apprécie par des critères cliniques et des critères biologiques.

Les critères cliniques d'efficacité sont : l'augmentation du poids corporel, la raréfaction ou la disparition des infections opportunistes.

Cependant, le malade peut présenter des infections opportunistes comme la Tuberculose pulmonaire, la candidose ou le zona,...

Sur le plan biologique, on évalue l'efficacité par les dosages successifs des Lymphocytes CD4. Il faut signaler que l'efficacité du traitement ne se fait sur la numération des Lymphocytes totaux.

Par rapport à l'efficacité, il peut aussi survenir un **échec de traitement**.

Les critères cliniques de l'échec du traitement sont : la baisse inexpliquée du poids, la survenue des infections opportunistes sévères,...

Sur le plan biologique, l'échec est défini par la chute des Lymphocytes CD4 ou la baisse après une première augmentation du taux sanguin de CD4

4.2.3 Suivi de l'administration concomitante des deux traitements

Durant l'administration concomitante du traitement antituberculeux et du traitement ARV, il peut y avoir des effets secondaires combinés qui se potentialisent :

	<i>NVP</i>	<i>EFV</i>	<i>AZT</i>	<i>D4T</i>
<i>Rifampicine</i>	Cumul des toxicités hépatiques	Effets sur le système nerveux, hallucinations	Anémie	Neuropathies

4.2.4 Le syndrome de restauration immunitaire (SRI)

Le syndrome de restauration immunitaire est un ensemble de signes cliniques qui résultent de la capacité d'un organisme à développer une réaction inflammatoire à un pathogène préexistant le plus souvent méconnu ou/et non soigné du fait de la restauration immunitaire liée au traitement antirétroviral.

Fréquence : 10% de l'ensemble des patients sous traitement

Survenue : le plus souvent 2 à 12 semaines après l'instauration du traitement ARV

Aspects cliniques :

Soit sous l'aspect d'une IO jusque-là non reconnue

Soit comme une aggravation soudaine et paradoxale après plusieurs semaines de traitement antirétroviral.

Soit comme une maladie auto immune (hyperthyroïdie : maladie de Graves) dans le contexte d'une amélioration immunitaire sous traitement ARV.

Facteurs favorisants :

Début d'un traitement ARV à proximité du diagnostic d'une IO

Etre au dessous de 50 CD4 / mm³ au moment du début d'un traitement ARV

Pathogènes responsables :

Les infections à mycobactéries (*Mycobacterium tuberculosis* et *Mycobacterium avium complex*) et à cryptocoques représentent 60 % des causes de SRI ; d'autres pathogènes peuvent être en cause comme le CMV, ...

Traitement :

S'il est possible, le TAR sera maintenu et l'IO et/ou le syndrome inflammatoire seront traités.

S'il est impossible, le TAR sera transitoirement interrompu et le même traitement sera repris dès que possible.

Le traitement du SRI comprend :

- Le traitement du pathogène responsable de sa survenue
- L'emploi des corticoïdes pour lutter contre la réaction inflammatoire (prednisolone ou prednisone à 0.5 mg / kg / j pendant 5 à 10 jours est conseillé

5. Chapitre 4 : PROMOTION DE L'ADHERENCE AUX TRAITEMENTS

5.1 Les parties impliquées dans l'adhérence

La promotion de l'adhérence est multisectorielle. Elle implique les prestataires, les proches, les membres d'associations des PVV et les membres d'ONG de santé

5.2 Les causes de la non observance

La non observance est généralement secondaire à :

- l'éloignement du domicile
- la lassitude par rapport à la longue durée du traitement
- la complexité des médicaments à prendre
- l'interférence des croyances locales
- une mauvaise éducation sanitaire (thérapeutique) et mauvaise évaluation de départ
- la consommation concomitante des psychotropes

5.3 Conséquences de la non observance

- Taux de morbidité et mortalité élevé
- Survenue des échecs de traitement ARV
- Emergence des résistances
- Gaspillage de ressources

5.4 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 anti-tuberculeux 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 les RECO, une structure d'appui psychosocial ou spirituel, l'association des PVV, ...
- Recourir à un confident présenté par le malade lui-même (et non imposé) pour l'accompagner durant le traitement ARV
- Déterminer le schéma général de prises (prise à domicile, au travail, ...)
- Prévenir les oublis de prises de médicaments (à travers l'aménagement des alarmes, disposition des médicaments à côté de la brosse à dents, ...)
- Assurer la bonne tenue du dossier de l'observance : cahier de présence avec date de retrait et quantités retirées, dates prévues de prochains retraits et de rendez-vous,...)

5.5 Application du TDO

Le TDO consiste en l'administration directement observée des médicaments devant le prestataire.

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.

Toutefois, les premiers mois du traitement ou du moins durant le traitement de la co-infection, l'application du TDO doit s'appliquer.

6. CHAPITRE 6 : SUIVI ET MONITORAGE.

6.1 Organisation des services dans la zone de santé

Dans la zone de santé, l'organisation des services doit se faire de telle manière que tout tuberculeux puisse subir un dépistage VIH et tous les PVV avérés ou suspects ainsi que toute personne à risque VIH puissent subir un dépistage de la tuberculose.

Le tuberculeux dépisté VIH positif sera référé à une structure capable de lui faire bénéficier des différents services recommandés par le PNLS (prophylaxie au cotrimoxazole, traitements des IO, traitement aux ARV, support psychologique...). Il en est de même pour le PVV dépisté positif à la tuberculose, il doit être référé pour bénéficier d'une prise en charge appropriée selon les directives du PNT.

6.2 Le système d'information au niveau périphérique

Les supports d'information sont les outils qui sont utilisés pour collecter et transmettre les données. Ils diffèrent selon le niveau de la structure :

- **Centre de santé (CS)**

Au centre de traitement, les supports sont pour le PNT: le cahier de traitement, la fiche de traitement, la carte de traitement, le bon de laboratoire et pour le PNLS : le registre de consultation, registre IST, la fiche de traitement, la fiche de suivi des malades, le bon de référence, le formulaire de rapport. Pour le CDV : la fiche de counselling, bon de demande d'analyse, bon de résultat, registre de laboratoire, registre de réception, formulaire de rapport IO, IST, ARV

Au niveau de la communauté : pour le PNLS, un registre de prise en charge psychosocial et un formulaire de rapport.

- **A l'hôpital général de référence (HGR)**

Les supports d'informations utilisés sont : le registre (de la tuberculose et de TAR), le registre de laboratoire (TB et diagnostic VIH), la fiche du traitement (tuberculose et ARV), la carte de traitement (TB et TAR) le bon de laboratoire TB et VIH), le billet de transfert et de référence (co-infecté), le formulaire de rapport trimestriel (TB modifié et TAR modifié).

- **BCZ**

Le formulaire de rapport trimestriel, le formulaire de l'inventaire de médicament, le formulaire d'envoi des lames pour le contrôle de qualité

Pour le PNLS, le formulaire de rapport IO, IST, ARV, CDV

Pour être utile, l'information doit être transmise selon un rythme tout en respectant le délai.

Les données sont transmises dans un formulaire.

Le rythme de la transmission des données est trimestriel pour le PNT et pour le PNLS.

6.2.1 Délai de transmission

Le délai de la transmission des rapports varie selon le niveau.

- Du Centre de santé et hôpital général vers le BCZS —————> Au plus tard 15 jours après la fin du trimestre
- du Centre de santé et hôpital vers la ZS —————> sur papier en trois copies : une copie pour le classement, deux copies à transmettre au BCZS

Type des documents

Principe de confidentialité (document sous clés ou confié à des personnes bien identifiées)

Registre de co-infection

Registre CDV, soins, soutien psycho social

Registre TAR

Fiche d'orientation/transfert/référence

Jeton des relais communautaire

Fiche de suivi

6.2.2 Types d'indicateurs

DONNEES	STRUCTURES	SUPPORTS
Nombre des tuberculeux enregistrés durant le trimestre	HGR/CS	Registre TB
Nombre des tuberculeux conseillés	HGR/CS	Registre TB
Nombre des tuberculeux testés VIH+	HGR/CS	Registre des cas TB adapté
Nombre des tuberculeux VIH+ orientés au service de prise en charge PVV	HGR/CS	Registre des cas TB adapté
Nombre des tuberculeux sous TAR	HGR/CS	Registre des nouveaux patients mis sous ARV
Nombre des PVV enregistrés durant le trimestre	HGR/CS	Registre de nouveaux patients PVV enregistrés
Nombre des PVV orientés pour le dépistage de la tuberculose	HGR/CS	Registre de consultation des patients PVV
Nombre des PVV orientés qui sont TPM+	HGR/CS	Registre de consultation des patients PVV
Nombre des PVV orientés qui sont TPM -	HGR/CS	Registre de consultation des patients PVV
Nombre des PVV orientés qui sont TEP	HGR/CS	Registre de consultation des patients PVV
Nombre des malades co-infectés sous COTRIMOXAZOLE	HGR/CS	Registre de nouveaux patients PVV enregistrés
Nombre des coinfectés sous TAR	HGR/CS	Registre des patients sous TAR Fiche d'orientation /transfert Fiche de suivi

6.2.2.1 CALCUL DES INDICATEURS CLES

Définition	Pourcentage des tuberculeux ayant accepté le pré-test durant le trimestre
Numérateur	Nombre des tuberculeux ayant eu le pre-test
Dénominateur	Nombre des tuberculeux enregistrés durant le trimestre
Importance	Mesure le nombre des tuberculeux qui potentiellement accéderont aux soins ou au soutien psycho social.
Fréquence	Trimestriel
Indicateurs secondaires	
Outils de mesure	Registre de la coinfection

Définition	Pourcentage des tuberculeux ayant été dépistés pour le VIH
Numérateur	Nombre des tuberculeux ayant été dépistés pour le VIH
Dénominateur	Nombre des tuberculeux ayant eu le pré-test
Importance	Mesure le nombre des tuberculeux qui potentiellement accéderont aux soins ou au soutien psycho social.
Fréquence	Trimestriel
Outils de mesure	Registre de coinfection

Définition	Pourcentage des tuberculeux ayant été dépistés pour le VIH qui ont été informés du résultat
Numérateur	Nombre des tuberculeux VIH positifs ayant été informé de leur résultat
Dénominateur	Nombre des tuberculeux positifs
Importance	Mesure le nombre des tuberculeux qui potentiellement accéderont aux soins ou au soutien psycho social.
Fréquence	Trimestriel
Outils de mesure	Registre de coinfection

Définition	Pourcentage des patients tuberculeux testés positifs volontairement
Numérateur	Nombre des patients tuberculeux positifs selon l'algorithme du PNLS pour les patients tuberculeux
Dénominateur	Nombre des patients tuberculeux ayant fait volontairement le test VIH durant une période donnée
Fréquence	
Outils de mesure et manière de le mesurer	<ul style="list-style-type: none"> - Registre de laboratoire - Registre de la tuberculose modifié

Définition	Proportion des patients tuberculeux mis sous TAR
Numérateur	Nombre des patients co-infectés mis sous TAR
Dénominateur	Nombre des patients co-infectés enregistrés durant le trimestre
Fréquence	
Outils de mesure et manière de le mesurer	Registre de la tuberculose Support Prescripteurs Registre des malades PVV

Définition	Proportion des PVV suspects de la tuberculose ayant subi l'examen de dépistage de la tuberculose
Numérateur	Nombre des patients PVV suspects de la tuberculose dépistés
Dénominateur	Nombre des patients PVV enregistrés durant le trimestre
Fréquence	Trimestre
Outils de mesure et manière de le mesurer	Support Prescripteurs Supports CDV communautaires

Définition	Proportion des PVV co-infectés de la tuberculose
Numérateur	Nombre des patients PVV orienté vers le service TBC et enregistré dans les services TBC
Dénominateur	Nombre des patients PVV orientés et enregistrés durant le trimestre
Fréquence	Trimestre
Outils de mesure et manière de le mesurer	Registre de laboratoire Registre de la tuberculose

Définition	Proportion des patients co-infectés mis sous tuberculostatiques
Numérateur	Nombre des patients co-infectés traités
Dénominateur	Nombre des co-infectés enregistrés
Importance	Mesure de nombre des patients co-infectés traités contre la tuberculose
Fréquence	Trimestrielle
Outils de mesure et manière de le mesurer	Registre de la tuberculose

Définition	Proportion des patients co-infectés mis sous prophylaxie au cotrimoxazole
Numérateur	Nombre des patients co-infectés mis sous prophylaxie au cotrimoxazole
Dénominateur	Nombre des patients co-infectés enregistrés au courant du trimestre
Importance	Mesure de nombres des patients co-infectés sur prophylaxie
Fréquence	Trimestrielle
Outils de mesure et manière de le mesurer	Registre de la co-infection Registre de CDV Fiche de suivi des malades