

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/ VIH



Organisation
mondiale de la Santé



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
CIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Guide
de suivi et d'évaluation
des activités conjointes
tuberculose/VIH

**Département Halte à la tuberculose et Département VIH/sida,
Organisation mondiale de la Santé**

**Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique
en matière de lutte contre le sida**

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

2009

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS:

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH – révision 2009.

WHO/HTM/TB/2009.414

WHO/HTM/HIV/09.01

1.Infection à VIH. 2.Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 3.Infections opportunistes liées SIDA – prévention et contrôle. 4.Tuberculose pulmonaire. 5.Ligne directrice. 6.Distribution intégrée soins – organisation et administration. 7.Evaluation programme – méthodes. I.Organisation mondiale de la Santé. II.ONUSIDA. III.PEPFAR.

ISBN 978 92 4 259819 3

(NLM classification: WC 503.5)

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 3264; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières	
Acronymes	iv
Remerciements	v
Considérations méthodologiques	vi
Glossaire	vii
1. Introduction	1
Révision du guide.....	1
Finalité du guide.....	2
Public cible.....	3
2. Activités conjointes tuberculose/VIH	4
En quoi consistent les activités conjointes de lutte contre la tuberculose/le VIH?.....	4
Pourquoi assurer le suivi et l'évaluation de ces activités conjointes?.....	4
À quel moment la collaboration entre ces deux domaines devrait-elle être entreprise?.....	5
Quels sont les bénéficiaires des activités conjointes tuberculose/VIH?.....	5
3. Méthodologie du suivi et de l'évaluation de la collaboration VIH/tuberculose	6
Systèmes de suivi systématique.....	6
Supervision et appui.....	6
Surveillance et enquêtes.....	7
Analyse de la situation des pays.....	7
Examen externe des programmes.....	7
4. Profil de pays et analyse de la situation	10
Population et services.....	10
Information propre à chaque maladie.....	11
Évaluation des mécanismes de collaboration tuberculose/VIH.....	12
Évaluation des systèmes existants de surveillance et de suivi dans les pays.....	15
Couverture géographique des activités conjointes tuberculose/VIH.....	16
Étude des parties prenantes à la prestation de services tuberculose/VIH.....	18
Financement des activités de lutte contre la tuberculose/le VIH.....	18
5. Indicateurs relatifs aux activités conjointes tuberculose/VIH	19
6. Ventilation des indicateurs par âge et par sexe	42
7. Indicateurs prioritaires	43
8. Indicateurs relatifs à l'assurance de la qualité pour la tuberculose et le VIH	44
Ressources supplémentaires	45
Annexes	
1. Suivi et évaluation : aperçu et justification.....	46
2. Liste de contrôle pour le profil de pays et l'analyse de la situation.....	49
3. Récapitulatif des indicateurs évalués par le programme de lutte contre le VIH dans les établissements de soins.....	50
4. Récapitulatif des indicateurs évalués par le programme de lutte antituberculeuse dans les établissements de soins.....	51

Acronymes

CCC	Communication pour le changement de comportement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
DOTS	Traitement de base sur lequel s'appuie la Stratégie Halte à la tuberculose
IEC	Information, éducation et communication
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLT	Programme national de lutte antituberculeuse
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TARV	Traitement antirétroviral
USAID	Agency for International Development des États-Unis d'Amérique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Ce document est le fruit de la collaboration du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida (PEPFAR) et de l'ONUSIDA. Les indicateurs qui y sont présentés ont été mis au point par le PEPFAR et l'ONUSIDA puis harmonisés.

Le document a également été revu par le groupe de base du groupe de travail tuberculose/VIH du Partenariat Halte à la tuberculose. De nombreuses et précieuses suggestions ont également été recueillies lors de la consultation par courriel d'un large éventail de parties prenantes dont l'Agency for International Development des États-Unis d'Amérique (USAID), les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique (CDC), l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, l'Association royale néerlandaise contre la Tuberculose (KNCV), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le personnel de l'Organisation mondiale de la Santé, au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays, chargé de la lutte contre le VIH et contre la tuberculose et des administrateurs de programmes de lutte antituberculeuse.

Nous souhaitons enfin remercier pour leurs commentaires constructifs : William Coggin, Puneet Dewan, Riitta Dlodlo, Cornelia Hennig, Paul Nunn, Obatunde Oladapo, Victor Ombeka, Fabio Scano, Jean-Michel Tassie, Igor Toskin, Arnaud Trébucq, Jeroen van Gorkom, Michael Voniatis, Eliud Wandwalo et Irum Zaidi.

Considérations méthodologiques

La première version de ce guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH a été publiée en 2004. L'OMS a décidé de procéder à une révision à la lumière de l'expérience acquise sur le terrain et d'harmoniser les indicateurs par rapport à la nouvelle version des formulaires et registres d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose recommandés par l'Organisation, qui permettent désormais de recueillir des données sur les activités conjointes tuberculose/VIH.

Le projet initial de ce guide a été revu dans le cadre du processus du PEPFAR pour la révision des indicateurs tuberculose/VIH ainsi que par le groupe de base tuberculose/VIH et le groupe de travail chargé du suivi des activités conjointes tuberculose/VIH du Partenariat Halte à la tuberculose. Un groupe d'experts chargé de réviser le guide de suivi et d'évaluation a été créé et s'est réuni à Genève pendant deux jours en septembre 2008. Il a revu le projet de guide et a orienté le processus de révision, lors de la réunion puis pendant une consultation plus large par courriel à laquelle ont pris part de nombreux organismes, dont le PEPFAR, les CDC, l'USAID, la KNCV, l'ONUSIDA, des membres du personnel de l'OMS, au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays, chargés de la lutte contre le VIH et contre la tuberculose, ainsi que des administrateurs de programmes de lutte contre le VIH et contre la tuberculose.

Membres du comité d'examen du guide de suivi et d'évaluation

Helen Ayles, Anand Date, Haileyesus Getahun, Philippe Glaziou, Reuben Granich, Sandy Gove, Christian Gunneberg, Anthony Harries, Harry Hausler, Chika Hayashi, René L'Herminez Tisha Mitsunaga, Pierre-Yves Norval, Laura Porter, Alasdair Reid, Nguyen Thi, Minh Thu.

Coordination

Christian Gunneberg.

Glossaire

On trouvera ci-dessous les définitions de termes utilisés dans le présent guide, qui ne sont pas nécessairement valables dans d'autres contextes.¹

Évaluation

Collecte d'informations rigoureuse et scientifique sur les activités, les caractéristiques et les résultats d'un programme ou d'une intervention en vue de déterminer la validité ou la valeur du programme ou de l'intervention. Les études d'évaluation fournissent des informations crédibles qui servent à améliorer les programmes ou les interventions, à tirer des enseignements et à prendre des décisions quant à l'allocation des ressources disponibles.

Termes connexes : évaluation économique, évaluation formative, évaluation de l'impact, évaluation des résultats, évaluation de processus, recherche opérationnelle, évaluation récapitulative.

Impact

Effets cumulés, à long terme, de plusieurs programmes ou interventions sur les phénomènes que ces programmes ou interventions sont censés modifier, par exemple, l'infection à VIH ou la morbidité et la mortalité dues au sida.

Remarque : l'impact sur une population est rarement attribuable à un seul programme ou à une seule intervention mais un programme ou une intervention peut, avec d'autres programmes ou interventions, avoir un impact sur la population.

Évaluation de l'impact

Type d'évaluation visant à déterminer la variation d'un impact, à la hausse ou à la baisse, par exemple la prévalence et l'incidence d'une maladie, en fonction des programmes et des interventions de lutte contre le VIH. L'impact sur une population peut rarement être attribué à un seul programme ou une seule intervention. Par conséquent, l'évaluation de l'impact sur une population suppose généralement d'apprécier exactement les effets conjugués de plusieurs programmes ou interventions destinés aux populations à risque.

Termes connexes : évaluation économique, évaluation des résultats, évaluation récapitulative.

Ressources

Ressources financières, humaines et matérielles utilisées dans le cadre d'un programme ou d'une intervention.

Suivi

Collecte et communication systématiques d'informations prioritaires sur un programme ou un projet, ainsi que ses ressources et les produits, les résultats et l'impact qu'on en attend.

Termes connexes : suivi de l'impact, suivi des ressources et des produits, suivi des résultats.

Résultat

Effet à court et à moyen terme des produits d'une intervention, par exemple évolution des connaissances ou changement des attitudes et des croyances.

Termes connexes : produit, impact.

¹ GLOSSAIRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION. Établi par le groupe de travail technique d'évaluation du groupe de référence du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) chargé du suivi et de l'évaluation. Juin 2008. <http://www.globalhivmeinfo.org>.

Évaluation des résultats

Type d'évaluation visant à déterminer si, et dans quelle mesure, les interventions ou les services ont permis d'obtenir les résultats escomptés. L'évaluation des résultats vise à attribuer les changements observés à l'intervention testée.

Remarque : l'évaluation des résultats doit être effectuée selon une méthodologie rigoureuse et requiert généralement un élément de comparaison, un groupe témoin par exemple, même s'il est parfois possible de recourir à des techniques statistiques lorsqu'aucun groupe témoin n'est disponible (par exemple pour l'évaluation d'un programme national).

Termes connexes : évaluation économique, évaluation de l'impact, évaluation récapitulative.

Produit

Résultat (produit direct ou aboutissement) des activités d'un programme ou d'une intervention, par exemple nombre de consultations concernant le VIH, nombre de personnes desservies, nombre de préservatifs distribués.

Termes connexes : impact, ressources, résultat.

Processus

Ensemble des activités menées pour atteindre les objectifs des programmes.

Évaluation de processus

Type d'évaluation axé sur la mise en oeuvre d'un programme ou d'une intervention, portant notamment sur l'accès aux services, la disponibilité des services pour la population ciblée, la prestation des services, la satisfaction et l'avis des destinataires et les pratiques de gestion. En outre, l'évaluation de processus peut aider à comprendre les aspects culturels, sociopolitiques, juridiques et économiques qui ont une incidence sur la mise en oeuvre du programme ou de l'intervention.

Termes connexes : évaluation formative, recherche opérationnelle.

Surveillance

Recueil, analyse, interprétation et diffusion continus et systématiques de données concernant un événement lié à la santé, qui serviront à mener une action de santé publique pour réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé. Les données de la surveillance peuvent aider à prédire les tendances futures et à cibler les programmes de prévention et de traitement.

Synonyme : suivi de l'impact / Termes connexes : surveillance de deuxième génération, surveillance sentinelle.

1. Introduction

La propagation rapide de l'épidémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans beaucoup de pays a entraîné une augmentation tout aussi spectaculaire du nombre estimatif de nouveaux cas de tuberculose. Le nombre de personnes co-infectées par ces deux pathologies continue d'augmenter même dans les pays dotés de programmes nationaux de lutte antituberculeuse (PNLT) bien organisés qui appliquent l'approche DOTS—ensemble de mesures essentielles sur lesquelles se fonde la Stratégie Halte à la tuberculose. À l'évidence, cette stratégie n'est pas suffisamment mise en oeuvre pour lutter contre l'épidémie tuberculeuse dans les pays où celle-ci est aggravée par le VIH, d'où la nécessité pour ces programmes d'accorder une grande importance à la lutte contre l'infection à VIH. Les activités conjointes tuberculose/VIH font donc désormais partie intégrante de la Stratégie Halte à la tuberculose et du Plan mondial Halte à la tuberculose. En raison de la morbidité et de la mortalité élevées par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, le dépistage des cas de tuberculose, leur traitement et la prévention figurent dorénavant parmi les priorités des programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS). Partout dans le monde, de nombreuses personnes sont co-infectées par la tuberculose et le VIH, ce qui rend nécessaire la collaboration entre les deux programmes pour pouvoir prévenir et atténuer la souffrance qui en résulte.

L'échelle sans précédent de cette double épidémie exige une action urgente, efficace et coordonnée pour améliorer les services de diagnostic, de soins et de prévention destinés aux personnes vivant avec le VIH et la tuberculose. Il n'est toutefois pas nécessaire d'élaborer un programme indépendant tuberculose/VIH, mais il faut simplement que les deux programmes existants collaborent plus étroitement pour tirer parti des synergies, éviter les chevauchements d'activités et combler les lacunes constatées dans la prestation de services.

Partout où le VIH fait des victimes chez les patients tuberculeux, les activités conjointes tuberculose/VIH visent à réduire la charge de la maladie en étendant le champ d'action de ces programmes et en améliorant la qualité de la prestation de services. De plus en plus de ressources sont allouées à ces activités communes; dans nombre de pays, des projets pilotes novateurs sont désormais remplacés par des activités généralisées à l'échelle nationale. Par conséquent, on a de plus en plus besoin d'assurer le suivi de ces activités et d'évaluer leur impact pour pouvoir étendre celles qui sont le plus efficaces. On doit pouvoir disposer de bases factuelles fiables sur lesquelles se fonder pour planifier et améliorer les activités concertées qui seront menées dans ces deux domaines. Les gestionnaires de programme ont des comptes à rendre à la population couverte et bien souvent aux bailleurs de fonds. Ils doivent être en mesure de démontrer de quelle façon leurs programmes progressent en vue d'atteindre leurs objectifs—et, dans le cas contraire, de savoir pourquoi et de trouver des solutions. Les programmes, pays et bailleurs de fonds doivent aussi démontrer qu'ils accomplissent des progrès sur la voie de la réalisation des objectifs de développement internationaux (voir encadré page 3).

Révision du guide

Dans la première version du présent guide, publiée par l'OMS en 2004, les activités conjointes tuberculose/VIH étaient considérées comme partie intégrante des actions nationales et internationales menées face à cette double épidémie. Grâce aux indicateurs alors mis au point, ainsi qu'à l'expérience acquise par la suite sur le terrain, les guides existants de suivi et d'évaluation ont pu être mis à jour tant en ce qui concerne les programmes de lutte antituberculeuse que les programmes de lutte contre le VIH.^{2,3} La présente version a été actualisée pour rendre compte de l'expérience de terrain plus poussée en matière de suivi et pour harmoniser les indicateurs avec les modèles révisés d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose et de VIH, recommandés par l'OMS.

Principaux changements

Dans la présente mise à jour, le nombre d'indicateurs tuberculose/VIH a été ramené de 20 à 13, les indicateurs concernant l'objectif A (Mettre en place des mécanismes de collaboration) ayant été intégrés dans la section «profil de pays», lesquels devraient être consultés dans le cadre des examens

² *Formulaires et registres d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose, version 2006.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_TB_2006.373_fre.pdf).

³ *Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy (ART).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (disponible à l'adresse : www.who.int/hiv/pub/guidelines/patient/en/index.html).

de pays et des analyses de la situation. Les indicateurs relatifs aux objectifs B et C ont été conservés et mis à jour, et l'on en a ajouté deux nouveaux: le premier (B.3.2) concerne la surveillance de la tuberculose parmi les personnels de santé; le second (C.1.2.2) permet d'évaluer le pourcentage de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, par rapport au nombre estimatif de cas dans le pays.

Finalité du guide

Le présent guide a été conçu pour contribuer à la gestion des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH en vue de mettre oeuvre des activités conjointes dans ces domaines. Il est destiné à faciliter la collecte de données normalisées et aide à interpréter et diffuser ces données dans l'optique d'améliorer les programmes. Il vise également à ce que l'ensemble des institutions et parties prenantes engagées dans la lutte contre le VIH et la tuberculose et dans des activités communes mènent une action concertée en évitant les chevauchements d'activités dans la collecte de données, grâce à une série d'indicateurs de base normalisés et reconnus à l'échelle internationale pour le suivi et l'évaluation de la performance des programmes. Ces indicateurs ont été élaborés parallèlement à la révision des indicateurs tuberculose/VIH effectuée dans le cadre du Plan d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le sida (2008) et sont également intégrés dans le dernier module de suivi et d'évaluation (version 2009) conçu par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial).⁴ Les données collectées à l'aide de ces indicateurs démontreront plus avant les avantages des activités conjointes. Ceux-ci devraient également permettre d'harmoniser la collecte de données destinées à différents partenaires et bailleurs de fonds. La collecte et la notification de données devraient être intégrées dans un seul et même système de suivi et d'évaluation existant déjà au niveau national, le cas échéant, conformément aux «trois principes» qui ont été définis.⁵

Ce guide ne précise pas les informations dont ont besoin les programmes pour pouvoir suivre les progrès accomplis en vue d'étendre la Stratégie Halte à la tuberculose ou les services de prévention, de soins et de traitement du VIH dans la mesure où cette question est largement documentée par ailleurs.^{6,7} L'essentiel des données recueillies dans ce double objectif contribuera toutefois au suivi et à l'évaluation des activités communes tuberculose/VIH. Si l'on veut assurer l'accès universel à ces activités, les deux programmes doivent renforcer les mesures prévues afin de dépister et de traiter ces deux pathologies de la même manière. Le nouvel indicateur concernant le dépistage a été mis au point pour suivre les progrès réalisés en vue d'offrir un accès universel à ces activités.

Public cible

Le présent guide est destiné aux responsables des politiques au sein des ministères de la santé ainsi qu'à d'autres institutions et parties prenantes ayant un impact sur la santé; aux gestionnaires de programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose à tous les niveaux; aux coordonnateurs ou membres d'organismes de coordination chargés de la lutte contre la tuberculose/le VIH aux niveaux national, régional et de district; ainsi qu'aux personnels d'institutions de développement et technique, aux organisations non gouvernementales (ONG), à la société civile et aux organisations communautaires contribuant à soutenir ces activités conjointes.

⁴ *Monitoring and evaluation toolkit: HIV, tuberculosis and malaria and health systems strengthening. Part 1: The M&E system and Global Fund M&E requirements.* Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2009 (disponible à l'adresse: www.theglobalfund.org/documents/me/M_E_Toolkit.pdf).

⁵ Principes par lesquels les gouvernements, en coopération avec leurs partenaires de la société civile et la communauté internationale, peuvent limiter considérablement la propagation du sida. Des bailleurs de fonds, pays en développement et organismes des Nations Unies ont convenu de concerter leur action compte tenu des «trois principes» définis – un cadre d'action VIH sur lequel s'appuyer pour coordonner les activités de tous les partenaires; un organisme de coordination nationale en charge du sida; et un système de suivi et d'évaluation convenu au niveau des pays.

⁶ *Formulaires et registres d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose, version 2006.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.373; disponible à l'adresse: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_TB_2006.373_fre.pdf).

⁷ *The three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT and TB/HIV: standardized minimum data set and illustrative tools.* Genève, Organisation mondiale de la Santé [en cours d'élaboration].

Objectifs internationaux de développement

Des objectifs ont été fixés par un certain nombre d'organismes internationaux pour stimuler l'action mondiale en vue de réduire la lourde charge que font peser les maladies infectieuses, dont la tuberculose et le VIH, sur les pays en développement. On désigne collectivement ces objectifs en tant qu'« objectifs internationaux de développement ».

Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)

En 2000, l'Assemblée générale des Nations Unies a arrêté les objectifs et cibles prévus dans la Déclaration du Millénaire. Ceux-ci englobent les objectifs de lutte antituberculeuse fixés par l'OMS (taux de dépistage de 70 % et taux de guérison de 85 %) et proposent également de réduire de moitié, d'ici à 2015, le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité lié à cette maladie par rapport aux estimations de 1990. Ils visent en outre à stopper la propagation du VIH et à commencer à inverser la tendance actuelle d'ici à 2015.

Session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, Déclaration d'engagement

En juin 2001, à sa session extraordinaire consacrée au VIH, l'Assemblée générale des Nations Unies a réaffirmé la Déclaration du Millénaire et fixé des objectifs mondiaux chiffrés :

- réduire la prévalence du VIH parmi les jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, de 25 % d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés et de 25 % à l'échelle mondiale d'ici à 2010 ;
- réduire de 50 % la proportion de nourrissons infectés par le VIH d'ici à 2010.

Ces objectifs ont été adoptés dans le cadre de la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida de l'OMS, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2003.

Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015

Le Plan mondial, mis sur pied en 2006 (et approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2007), a fixé les objectifs ci-après en matière de lutte contre la tuberculose/le VIH, qui devront être atteints d'ici à 2015 :

- 26 millions (100 %) de personnes vivant avec le VIH traitées dans les services anti-VIH et dépistées pour la tuberculose en 2015 ;
- 3,1 millions de personnes vivant avec le VIH récemment diagnostiquées et justiciables d'un traitement, à qui on propose une prophylaxie à l'isoniazide, chaque année.
- 2,9 millions (85 %) de patients tuberculeux sous traitement DOTS bénéficiant d'un service de dépistage du VIH/conseil chaque année ;
- 400 000 patients tuberculeux VIH-positifs (57 %) placés sous traitement antirétroviral (TARV) chaque année.

2. Activités conjointes tuberculose/VIH

En quoi consistent les activités conjointes de lutte contre la tuberculose/le VIH ?

En 2004, l'OMS a publié sa *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*,⁸ qui décrit les mesures à prendre par les pays, dans des circonstances données, pour résoudre le problème de la tuberculose/du VIH. Ce document définit clairement les activités communes à mener dans ce domaine, ainsi que leurs buts et objectifs (Tableau 1).

Ces activités visent à réduire la charge de la tuberculose et du VIH dans les populations touchées par ces deux maladies en élargissant le champ des programmes mis en oeuvre dans ces domaines. Les objectifs qui sous-tendent ce but sont les suivants :

- mettre en place les mécanismes de collaboration nécessaires entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH ;
- réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH ;
- diminuer la charge du VIH chez les patients tuberculeux.

Pour atteindre ces objectifs, il faudra mettre efficacement en oeuvre la stratégie DOTS, renforcer les services de prévention et de soins du VIH, et mettre en place d'autres activités communes tuberculose/VIH. Celles-ci concernent l'interface entre les épidémies de tuberculose et de VIH et devraient être menées dans le cadre des mesures d'intervention du secteur de la santé face à cette double épidémie. On obtiendra de meilleurs résultats si l'on y recourt en parallèle à des stratégies nationales de lutte contre le VIH et la tuberculose efficacement mises en oeuvre, qui se fondent sur des lignes directrices internationales. Ces activités recommandées peuvent être mises en place par l'intermédiaire de programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, d'ONG, d'organisations communautaires ou du secteur privé.

Pourquoi assurer le suivi et l'évaluation de ces activités conjointes ?

Le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH permettent d'évaluer la qualité, l'efficacité, la couverture et la prestation de services et encouragent une culture de l'apprentissage au sein des programmes pour garantir une amélioration continue de la santé. En assurant le suivi de patients soutenus par deux programmes de lutte contre la maladie bien établis et par un éventail d'autres services et organisations, le suivi et l'évaluation facilitent la prestation de soins complets. Les programmes de lutte contre le VIH peuvent mener à bien des activités et collecter des données présentant un intérêt pour la gestion des programmes de lutte contre la tuberculose, et inversement : l'information sur la gestion des programmes et la prise en charge des patients doit circuler entre les programmes, les services et les organisations concernés. L'enjeu consiste à garantir que les patients reçoivent des soins optimaux grâce à ces deux programmes, à collecter des données pour déterminer si cela est effectivement le cas et à prendre des mesures correctives dans le cas contraire.

La mise en place d'indicateurs et de modèles de notification et d'enregistrement standard contribue à rationaliser les processus de suivi et d'évaluation. Lorsque les besoins des donateurs et d'autres institutions en matière de notification ne tiennent pas compte des systèmes de notification normalisés à l'échelle internationale, cela fait peser une charge inutile sur les programmes, les capacités de suivi et d'évaluation étant en outre souvent limitées dans les pays où la charge de la maladie est la plus élevée.

Pour les responsables de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques, des indicateurs de suivi et d'évaluation convenus et harmonisés à l'échelle internationale soulignent l'importance d'activités spécifiques et pourront peut-être permettre de vérifier l'expression selon laquelle il n'y a de résultats que ceux que l'on peut mesurer.

Les systèmes de suivi et d'évaluation améliorent la transparence du processus d'allocation des ressources. Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH doivent rendre compte des ressources allouées à la lutte contre cette double épidémie. Si, grâce à un suivi et une

8 *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (WHO/HTM/TB/2004.330 ; WHO/HTM/HIV/2004.1).

évaluation efficaces, ils parviennent à démontrer leur impact positif, ces programmes auront ainsi plus de chances de se voir allouer des ressources supplémentaires. La réussite du suivi et de l'évaluation peut ainsi contribuer à mobiliser des ressources supplémentaires.

Le suivi et l'évaluation efficaces des activités conjointes tuberculose/VIH, y compris une supervision commune, faciliteront le recoupement et le rapprochement des données entre les deux programmes aux niveaux local et des pays. Tant les programmes de lutte antituberculeuse que les programmes de lutte anti-*VIH* devraient communiquer le nombre de patients bénéficiant de soins à la fois pour la tuberculose et le *VIH*. Si ces deux programmes s'échangent leurs données et comptabilisent l'ensemble des cas, les deux séries de données devraient correspondre, puisqu'elles rendent compte du traitement des mêmes patients. Au niveau du district et à des niveaux encore inférieurs, dans le cadre de la supervision, le rapprochement des données à l'aide des registres de prise en charge du *VIH* et des registres des cas de tuberculose révélera toute difficulté rencontrée dans l'orientation-recours des patients entre les programmes. Tout patient co-infecté à la fois par le *VIH* et la tuberculose devrait figurer dans ces deux registres et le numéro d'enregistrement pour les soins du *VIH* devrait être noté dans le registre de la tuberculose, et inversement.

À quel moment la collaboration entre ces deux domaines devrait-elle être entreprise ?

Des seuils de déclenchement des activités conjointes tuberculose/*VIH* ont été proposés. Ceux-ci diffèrent entre les pays selon que l'on considère la prévalence du *VIH* parmi les adultes au niveau national ou régional et/ou la prévalence du *VIH* parmi les patients tuberculeux.⁹

Quels sont les bénéficiaires des activités conjointes tuberculose/*VIH* ?

Les principaux bénéficiaires seront les communautés touchées par le *VIH* et/ou dont la charge de la tuberculose est déjà élevée ou en augmentation due au *VIH*.

Tableau 1. Activités conjointes tuberculose/*VIH* recommandées⁹

Mettre en place des mécanismes de collaboration	
<ul style="list-style-type: none"> • Créer un organe de coordination des activités de collaboration tuberculose/<i>VIH</i> • Surveiller la prévalence du <i>VIH</i> chez les patients tuberculeux • Planifier conjointement les activités antituberculeuses et anti-<i>VIH</i> • Assurer le suivi et l'évaluation 	Activités menées conjointement par le PNLIS, le PNLIT et d'autres partenaires
Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le <i>VIH</i>: les «trois I»	
<ul style="list-style-type: none"> • Intensifier le recensement des cas de tuberculose par le dépistage et le diagnostic • Instaurer la prophylaxie à l'isoniazide • Veiller à lutter contre l'infection tuberculeuse dans les structures de soins et les lieux collectifs 	Programmes de lutte contre le <i>VIH</i>
Diminuer la charge du <i>VIH</i> chez les patients tuberculeux	
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer des services de dépistage du <i>VIH</i> et de conseil • Adopter des méthodes de prévention du <i>VIH</i> • Instaurer la prophylaxie au cotrimoxazole • Dispenser des soins et assurer l'accompagnement des personnes touchées par le <i>VIH</i> • Instaurer le traitement antirétroviral 	Programmes de lutte contre la tuberculose

⁹ *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le *VIH**. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1).

3. Méthodologie du suivi et de l'évaluation de la collaboration VIH/tuberculose

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 à 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.

Au niveau central, des responsables devraient être particulièrement chargés de coordonner le suivi et l'évaluation et de mettre en place les capacités nationales et infranationales à cette fin (il est recommandé d'allouer 10 % du budget du programme au suivi et à l'évaluation). Le système devrait reposer sur une stratégie comprenant des objectifs, cibles et lignes directrices clairement définis pour la mise en oeuvre des activités, ainsi que des indicateurs spécifiques permettant de mesurer les progrès accomplis par les programmes. Il devrait également comprendre des plans aux fins de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données, et de l'utilisation des résultats dans l'optique d'améliorer les programmes. On trouvera dans le Tableau 2 un résumé des principales caractéristiques d'un bon système de suivi et d'évaluation ; un aperçu plus détaillé du système, et du principe sur lequel il est fondé, figure dans l'annexe 1.

Différentes méthodes permettent de procéder à l'évaluation et au suivi des activités conjointes tuberculose/VIH. Les principales sont résumées dans les paragraphes suivants.

Systèmes de suivi systématique

Pour être efficace, un programme de santé relatif à une maladie spécifique utilise les données collectées de manière systématique concernant les soins du patient pour contribuer à sa bonne gestion. Tant les programmes de lutte antituberculeuse que les programmes anti-VIH se fondent sur les fiches des patients pour établir les registres de patients propres à l'une ou l'autre maladie. Les registres sont utilisés pour suivre les progrès du patient et assurer un suivi des programmes. Régulièrement – en général quatre fois par an –, des rapports trimestriels récapitulatifs sont établis sur la base de ces registres et fournissent des informations sur les nouveaux patients inscrits et sur ceux qui poursuivent leur traitement pendant le trimestre, ainsi que sur les issues thérapeutiques, à l'aide d'analyses de cohorte effectuées auprès de l'ensemble des patients ayant entamé un traitement au cours d'une période antérieure. Ces rapports sont analysés au niveau local, de préférence lors de la supervision ou de réunions d'examen trimestrielles, puis sont envoyés aux niveaux national et des districts pour être compilés, analysés et diffusés plus avant, et aux fins de gestion du programme.

Les registres contiennent également des variables utilisées pour mesurer les activités conjointes tuberculose/VIH. Les registres du VIH recommandés par l'OMS, par exemple, comportent des colonnes pour renseigner le traitement de la tuberculose et la date (mois et année) à laquelle la prophylaxie à l'isoniazide a été administrée, et enregistrer également les résultats de la recherche de la tuberculose effectuée au cours de la visite précédente. À l'inverse, dans les registres des cas de tuberculose, une colonne est prévue pour le dépistage du VIH et une autre pour l'administration d'une prophylaxie au cotrimoxazole et d'un traitement antirétroviral. Ces variables sont systématiquement incluses dans les rapports trimestriels récapitulatifs des deux programmes – ce qui permet d'évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH.

Supervision et appui

La supervision des établissements de santé exercée au niveau du district et/ou central est une composante essentielle du suivi et de l'évaluation systématiques des programmes. Une supervision efficace passe par des contrôles de qualité de la notification et de l'enregistrement : les fiches et les registres des patients sont inspectés, le transfert de données est de nouveau vérifié et certains éléments des rapports trimestriels sont recalculés. Il faudrait prévoir dans ce contexte de recenser les difficultés ou les erreurs rencontrées dans la gestion de données et en discuter, et de fournir des possibilités d'apprentissage.

Si la fréquence de la supervision dépend des ressources disponibles, il a généralement été constaté dans les programmes de lutte antituberculeuse que, pendant l'année qui suit la mise en place du système, il est indispensable de superviser les activités de près et de fournir des services de conseil une fois par mois. La supervision de routine devrait être assurée au moins chaque trimestre.

La supervision peut aussi servir à recueillir des formulaires de données pour le niveau centralisé et à approvisionner les établissements de santé en médicaments et en fournitures. Des mesures simples d'incitation comme des feuilles de notation ou des certificats d'excellence peuvent être remis aux personnels de santé lorsque la notification et l'enregistrement sont efficaces.

Au moins une fois par an, l'équipe de supervision peut effectuer un examen plus systématique des systèmes de suivi habituels. Dans l'idéal, elle devrait comprendre des membres des programmes de lutte antituberculeuse et des programmes anti-VIH et s'acquitter notamment des tâches: validation du rapport et de l'analyse de cohorte; validation du rapport trimestriel; vérification supplémentaire des registres; et échantillonnage systématique des fiches de patient pour mesurer la qualité des soins et valider des indicateurs clés tels que la recherche de la tuberculose et l'inscription des résultats dans le registre lors de la dernière visite. Enfin, les superviseurs au niveau des districts peuvent faire des recoupements entre les données figurant dans les registres de prise en charge du VIH et dans les registres des cas de tuberculose pour vérifier que les patients tuberculeux sont bien inscrits pour les soins VIH ou un traitement antirétroviral et, inversement, que les patients séropositifs sont bien inscrits pour le traitement antituberculeux.

Surveillance et enquêtes

À tous les niveaux d'une épidémie de VIH (peu actif, concentré, généralisé), les données issues du dépistage systématique du VIH parmi les patients tuberculeux—si elles sont disponibles—devraient être utilisées à des fins de surveillance. Ces données peuvent être étalonnées grâce à des enquêtes périodiques (spéciales) ou sentinelles: il s'agit soit d'enquêtes distinctes et indépendantes menées périodiquement soit d'une surveillance sentinelle à partir de certains centres de traitement. L'OMS a élaboré des lignes directrices pour conduire ces activités de manière harmonisée;¹⁰ cette question est traitée plus avant dans la section 4 du présent guide. Il faudrait également utiliser des systèmes de surveillance pour évaluer les cas de tuberculose parmi les patients VIH-positifs.

Analyse de la situation des pays

Il s'agit d'un outil important qui consiste à rassembler toutes les informations disponibles sur l'épidémiologie de la maladie (y compris les données de surveillance et d'enquête), ainsi que sur la structure des programmes, leurs fonctions, résultats et impacts dans le contexte du système général de santé. Ces analyses, qui mettent en lumière les atouts, faiblesses et lacunes des programmes, sont effectuées la plupart du temps dans le cadre du cycle de planification en cours d'un plan stratégique pluriannuel. Les donateurs exigent le plus souvent qu'elles soient menées pour formuler une demande de financement; les examens externes des programmes sont également fondés sur ces analyses. Des conseils sont donnés dans la section 4 du présent guide pour analyser la situation des pays en vue de mener des activités conjointes tuberculose/VIH.

Examen externe des programmes

Il est procédé à un examen externe, en général d'une à deux semaines, à la demande des programmes, souvent pendant la préparation d'un plan stratégique pluriannuel. Une équipe d'experts nationaux et internationaux spécialisés dans la gestion ou les aspects techniques des programmes est généralement constituée; les partenaires locaux de la mise en oeuvre, le personnel chargé des programmes du ministère de la santé, la société civile et les bailleurs de fonds sont aussi représentés. L'équipe se réunit pendant un ou deux jours pour donner des orientations à partir de l'analyse de la situation préétablie et se mettre d'accord sur une méthodologie d'examen. Les analystes voyagent ensuite dans tous les pays par petites équipes

¹⁰ On trouvera de plus amples renseignements sur la surveillance du VIH chez les patients tuberculeux dans les *Directives pour la surveillance du VIH chez les malades tuberculeux*, 2^e éd., Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.339; WHO/HIV/2004.06; UNAIDS/04.30E).

pour observer la mise en oeuvre des programmes à tous les niveaux (national, régional, de district, des établissements de santé et de la communauté), à l'aide d'instruments préalablement convenus pour examiner les dossiers médicaux, observer les activités et interviewer les principales personnes concernées, dont des personnels de santé, des patients et d'autres prestataires de soins, ainsi que des bénévoles d'organismes sociaux. Toutes ces informations sont ensuite synthétisées et rassemblées au niveau national et débouchent sur l'élaboration d'un rapport final comprenant des conclusions et des recommandations destinées au gouvernement et aux parties prenantes. Un résumé de ces principales conclusions est généralement présenté aux hauts représentants du ministère de la santé avant le départ de l'équipe.

Les activités conjointes tuberculose/VIH devraient également être incluses dans les examens des programmes de lutte antituberculeuse et des programmes anti-VIH, qui devraient rassembler de préférence du personnel clé de ces deux programmes. Les analystes devraient s'assurer que les conclusions sont communiquées à ces deux programmes et qu'ils en sont parties prenantes.

Tableau 2. Récapitulatif des caractéristiques d'un bon système de suivi et d'évaluation^a

<p>Unité Suivi et évaluation</p> <ul style="list-style-type: none">• Personnel spécialisé supervisant le suivi et l'évaluation des services de santé au niveau national• Budget consacré au suivi et à l'évaluation (10 % du budget total du programme)• Lien officialisé avec les partenaires : instituts de recherche, principaux bailleurs de fonds, ONG et organisations communautaires participant à la lutte contre la tuberculose/le VIH ; secteur privé ; autres secteurs pertinents• Compétences en traitement de données et en statistiques au sein de l'unité Suivi et évaluation ou d'une unité apparentée• Compétences en matière de diffusion de données au sein de l'unité Suivi et évaluation ou d'une unité apparentée• Développement et maintien des capacités locales en ressources humaines pour le suivi et l'évaluation• Examen indépendant et régulier du programme
<p>Objectifs clairs</p> <ul style="list-style-type: none">• Buts, objectifs, activités et cibles du programme bien définis au niveau national• Évaluation régulière des progrès accomplis dans la mise en oeuvre des plans nationaux de suivi et d'évaluation• Orientations données aux districts et aux régions ou provinces en matière de suivi et d'évaluation• Lignes directrices pour établir des liens entre le suivi et l'évaluation et les autres secteurs, notamment le secteur privé• Coordination des besoins des donateurs et au niveau national en matière de suivi et d'évaluation
<p>Indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none">• Ensemble d'indicateurs clés prioritaires correspondant à différents niveaux de suivi et d'évaluation• Indicateurs qui soient comparables dans le temps• Indicateurs qui soient comparables entre les zones géographiques au sein d'un pays et entre les pays

^a Adapté de : Programmes sida nationaux : guide de suivi et d'évaluation. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000 (version originale anglaise UNAIDS/00-17E).

Collecte et analyse des données

- Plan de collecte et d'analyse des données au niveau national
- Flux logique de données de la prestation de services jusqu'au niveau national
- Plan de collecte de données et d'analyse des indicateurs à différents niveaux du suivi et de l'évaluation

Diffusion des données et utilisation des résultats

- Plan de diffusion des données au niveau national assorti d'orientations claires sur la façon dont l'information peut être utilisée pour améliorer le programme à tous les niveaux
- Rapport annuel de suivi et d'évaluation bien diffusé et bien documenté
- Réunions annuelles pour diffuser les résultats de la recherche et du suivi et de l'évaluation, et en discuter, y compris les examens de la mise en oeuvre des programmes, avec les décideurs et les responsables de la planification
- Base de données ou bibliothèque centralisée regroupant l'ensemble des données collectées concernant la tuberculose et le VIH, y compris les travaux de recherche en cours
- Coordination des besoins aux niveaux national et des donateurs pour ce qui est de la diffusion des résultats du suivi et de l'évaluation

Méthodes de suivi et d'évaluation

- Examens externes du programme
- Analyse de la situation (à l'aide de la liste de contrôle pour le profil de pays)
- Systèmes de suivi systématique
- Surveillance et enquêtes
- Supervision et appui
- Systèmes d'information pour la gestion sanitaire (HMIS)

4. Profil de pays et analyse de la situation

Un profil de pays doit permettre d'établir le contexte dans lequel assurer le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Il comprend des facteurs environnementaux, culturels, politiques et socio-économiques, le plus souvent présentés sous forme de descriptifs périodiques, qui peuvent aussi aider à expliquer les changements de valeur des indicateurs et contribuer à les interpréter. Outre ces facteurs généraux, d'autres données sont utiles pour présenter le contexte général, dont la population totale, le nombre d'établissements de santé et la charge de la tuberculose et du VIH. Ces données sont recueillies de façon systématique, produites dans d'autres rapports et disponibles grâce à d'autres sources, d'où l'absence de plus amples détails ici sur les méthodes de collecte.

Il faudrait analyser la situation au départ pour rassembler des données de référence sur les activités et services déjà en place et savoir où se situent les lacunes, à des fins de sensibilisation, de mobilisation des ressources et de planification; on veillera ainsi à ce que les activités tiennent compte des besoins et des capacités au niveau local. L'information peut être compilée à l'échelon national mais, aux fins de la planification, elle devrait être disponible au niveau de base de l'unité administrative (du district ou équivalent). Ces données devraient être collectées régulièrement dans le cadre du suivi et de l'évaluation des programmes, renseignant sur les progrès réalisés en vue d'assurer une couverture nationale des services de prise en charge des patients tuberculeux et/ou séropositifs pour le VIH, et sur l'impact des activités menées au titre des programmes sur la charge de la maladie. On trouvera ci-après des exemples de données devant être recueillies pour analyser la situation dans le but d'établir un profil de pays. Une liste des principaux points à évaluer est fournie dans l'annexe 2.

Population et services

Population totale

Population totale à l'échelle de tous les niveaux administratifs (national, provincial, régional, de district et de sous-district, ou équivalent), y compris la population adulte totale (âgée de 15 à 49 ans) et les jeunes adultes (âgés de 15 à 24 ans), utilisée comme dénominateur pour la période à l'examen.

Nombre d'unités administratives (régions, provinces, districts et sous-districts)

Nombre total de :

- districts/sous-districts sanitaires (ou unités opérationnelles/administratives de base équivalentes) dans le pays ;
- régions sanitaires (ou unités opérationnelles/administratives équivalentes de deuxième niveau) dans le pays ;
- provinces sanitaires (ou unités opérationnelles/administratives équivalentes de troisième niveau) dans le pays.

Nombre d'établissements de santé

Nombre total d'établissements de santé dans le pays par catégorie, par exemple hôpitaux publics, privés et tertiaires, hôpitaux de référence (niveau secondaire), hôpitaux généraux de district, centres de soins de santé primaires, postes de santé, centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose, centres de dépistage du VIH et de conseil, et prestataires de services de soins et d'accompagnement pour les personnes touchées par le VIH. Il faudrait également inclure les établissements de santé relevant d'autres autorités (ministère de la justice, armée, etc.).

Effectifs dans chaque établissement de santé

Pour chacun de ces établissements, il est utile de connaître le nombre de personnels par catégorie et par grade. Si possible, il faudrait communiquer le nombre de postes alloués à chaque infrastructure et le nombre de postes effectivement pourvus. Dans les systèmes de soins de santé décentralisés, on devrait indiquer les effectifs et le pourcentage de leur temps consacrés aux activités tuberculose/VIH. De même, il faudrait aussi mentionner la participation des agents de santé communautaires à l'accompagnement des personnes touchées par la tuberculose/le VIH.

Information propre à chaque maladie

Il importe de connaître précisément la charge de la tuberculose et du VIH dans la population pour planifier les services et suivre l'impact des programmes. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), approuvés par l'Organisation des Nations Unies, prévoient des indicateurs à cet effet.¹¹ Des ressources seront mises à disposition pour veiller à ce que ces données soient régulièrement disponibles dans tous les pays à forte charge de morbidité. Si possible, les indicateurs des OMD devraient être inclus dans l'ensemble du suivi et de l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH.

Charge du VIH

Dans la plupart des pays, le programme national de lutte contre le sida (PNLS) devrait fournir des données sur la séroprévalence pour le VIH. Des estimations représentatives à l'échelle nationale devraient être établies, qu'il faudrait ventiler et communiquer par unité administrative (la plus petite possible). Dans les pays à forte prévalence, on devrait indiquer la prévalence du VIH pour la population dans son ensemble, par groupes d'âge et par groupes à risque (patients des services prénatals, toxicomanes par voie intraveineuse, personnes consultant des services de conseil et de dépistage volontaire, donneurs de sang, recrues de l'armée, prisonniers, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, professionnels du sexe). Dans les pays où il existe des foyers épidémiques, des détails sur la prévalence du VIH devraient être donnés uniquement pour les populations à risque concernées et pour toutes les zones administratives du pays où l'épidémie est généralisée (séroprévalence pour le VIH chez l'adulte >1 %).

L'indicateur des OMD pertinent est l'indicateur 18 – taux de prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans ou parmi les populations à risque, établi séparément pour les populations urbaines et non urbaines. Les données sur la prévalence du VIH sont nécessaires pour suivre l'OMD 6 (combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies) et la cible 7 (d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH et commencé à inverser la tendance actuelle). Ces informations indiqueront l'ampleur et la répartition de l'épidémie de VIH au démarrage des activités. S'il est suivi régulièrement dans le temps, cet indicateur montrera l'évolution de la charge du VIH parmi les populations à risque et contribuera à évaluer l'impact probable des activités conjointes tuberculose/VIH.

Charge de la tuberculose

On dispose rarement de données complètes sur la prévalence ou l'incidence véritable de la tuberculose dans une population donnée. Toutefois, la plupart des programmes nationaux de lutte antituberculeuse collecteront des informations détaillées sur tous les cas de tuberculose signalés qui sont enregistrés comme des cas de tuberculose. L'OMS estime également l'incidence de la tuberculose par pays, qui permet d'analyser le pourcentage de cas de tuberculose existants qui sont effectivement détectés et signalés (taux de détection).

Les taux de détection pour chaque pays sont publiés dans le Rapport annuel de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Dans nombre de pays, on associe des intervalles de confiance importants aux estimations pour la tuberculose en raison de la difficulté à évaluer les données de prévalence et d'incidence en l'absence d'enquêtes nationales. Si possible, il faudrait communiquer des données d'ensemble au niveau national sur la charge de la tuberculose multirésistante (tuberculose MR), ainsi que les études spéciales de cette épidémie touchant les patients séropositifs pour le VIH.

Couverture des programmes DOTS

Il importe de connaître la proportion des cas de tuberculose pour lesquels une prise en charge est assurée dans le cadre des programmes DOTS, ainsi que le pourcentage d'unités administratives sanitaires de base (par exemple districts) considérées comme des districts appliquant la stratégie DOTS.

L'indicateur pertinent des OMD est l'indicateur 24 – proportion des cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS).

¹¹ De plus amples renseignements sur les objectifs du Millénaire pour le développement sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.undp.org/french/mdg/>.

Traitement antirétroviral et soins

Quel que soit le pays, un traitement antirétroviral (TARV) devrait être disponible pour tous ceux dont le test du VIH s'est révélé positif et qui remplissent les critères nationaux de sélection. En règle générale, les services de diagnostic et de traitement de la tuberculose, et de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, sont largement plus décentralisés que les services fournissant des antirétroviraux. Dans une analyse de pays, il importe de bien déterminer dans quelle mesure la prestation de services TARV est alignée sur la prestation de services antituberculeux, et dans quelle mesure les services TARV sont décentralisés dans le pays.

Cartographier les chevauchements entre les services TARV et les services de prise en charge de la tuberculose (ou leur absence) constitue un outil d'analyse et de planification précieux. Dans ce contexte, les indicateurs pertinents sont l'OMD 6 et la cible 6b visant à « atteindre d'ici à 2010 l'accès universel au traitement contre le VIH/sida pour tous ceux qui en ont besoin ».

Prise en charge des cas de tuberculose et issue de la maladie

Le suivi systématique du programme national de lutte antituberculeuse devrait fournir des données sur la prise en charge des cas de tuberculose à l'échelle du pays, notamment le nombre de cas suspects de tuberculose examinés, le nombre de patients chez qui la tuberculose a été diagnostiquée (nouveau cas/rechute, à frottis positif, à frottis négatif et extrapulmonaire), ainsi que des détails sur la prise en charge de ces cas, comme les taux de notification des cas et les issues thérapeutiques (fin, échec du traitement ou interruption, guérison, décès, transfert). Ces données doivent aussi être rapportées pour suivre les progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD.

Au titre de l'OMD 6 (combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies), cible 8 (d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle), il faut mesurer le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité liés à cette maladie. Sans enquêtes menées au sein de la communauté, il est toutefois impossible de connaître ces véritables taux car certaines personnes ne s'adressent jamais aux services concernés. On a donc recours à des indicateurs de remplacement –taux de létalité et taux de notification des cas. Dans ce contexte, les indicateurs des OMD pertinents sont donc les indicateurs 23a –taux de létalité par tuberculose pour 100 000 habitants (aux niveaux du district, régional et/ou national si les données sont disponibles) –et 23b liés à la santé –taux de notification des cas de tuberculose pour 100 000 habitants (aux niveaux du district, régional et/ou national si les données sont disponibles). Ces données peuvent être obtenues grâce au suivi systématique des programmes de lutte antituberculeuse.

Évaluation des mécanismes de collaboration tuberculose/VIH

Les mécanismes essentiels pour garantir une collaboration en ce qui concerne les activités de lutte antituberculeuse et anti-*VIH* à tous les niveaux ont été recensés en 2004 dans la *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* de l'OMS. Les points récapitulés dans les paragraphes ci-après contribueront à évaluer ces mécanismes afin d'analyser la situation des pays.

Prise en compte des liens entre la tuberculose et le VIH dans la politique nationale de lutte antituberculeuse et anti-*VIH*

La politique nationale de lutte antituberculeuse et anti-*VIH* devrait contenir des orientations de politique internationale sur les activités communes dans ces domaines.¹² Il faudrait analyser le contenu des politiques, plans et/ou lignes directrices élaborés par le gouvernement et voir s'ils comportent les éléments ci-après.

Une politique est jugée complète si elle contient les 14 principaux éléments suivants :

- Reconnaissance explicite de l'impact potentiel de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses chez les personnes vivant avec le *VIH*.
- Participation de représentants du programme national de lutte antituberculeuse (PNLT) à la planification du programme national de lutte contre le sida (PNLS), et inversement.

¹² Source: *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330 ; WHO/HTM/HIV/2004.1).

- Surveillance de la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux conformément aux recommandations internationales.
- Inclusion d'informations pertinentes sur la tuberculose dans la stratégie de sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour le VIH, et inversement.
- Inclusion d'informations pertinentes sur la tuberculose dans la formation du personnel assurant la prise en charge du VIH, et inversement.
- Intensification et régularité du dépistage de la tuberculose recommandées pour toutes les personnes vivant avec le VIH.
- Administration d'un traitement antirétroviral à tous les patients tuberculeux VIH-positifs pouvant y prétendre, conformément aux protocoles nationaux.
- Plein accès des patients tuberculeux VIH-positifs à la continuité des soins destinés aux personnes vivant avec le VIH.
- Instauration d'une prophylaxie au cotrimoxazole pour tous les patients tuberculeux VIH-positifs et toutes les personnes vivant avec le VIH conformément aux lignes directrices internationales.
- Intégration de la recherche de la tuberculose et de l'accès au traitement dans un ensemble de soins de base destinés aux personnes vivant avec le VIH.
- Administration d'un traitement de l'infection tuberculeuse latente à toutes les personnes vivant avec le VIH conformément aux lignes directrices internationales.
- Établissement d'un organisme de coordination, d'un comité consultatif technique ou d'un groupe spécial au niveau national pour la tuberculose et le VIH.
- Offre systématique de services de dépistage du VIH et de conseil à tous les patients chez qui la tuberculose a été diagnostiquée.
- Mise en place d'une politique de lutte contre l'infection et d'un système de suivi.

Existence d'un organisme de coordination des activités tuberculose/VIH efficace à tous les niveaux

La coordination nationale est essentielle pour se mettre d'accord sur les politiques à suivre, élaborer des plans stratégiques communs, mobiliser les ressources, renforcer les capacités, et mettre en oeuvre des activités conjointes tuberculose/VIH et en assurer le suivi. Tous les pays devraient être dotés d'un dispositif ou d'un mécanisme opérationnel capable de coordonner les activités relevant des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH. L'absence d'un tel dispositif laisse entrevoir un manque d'engagement dans la collaboration tuberculose/VIH et risque de compromettre la bonne mise en oeuvre de ces activités au niveau national. Pour mieux connaître le fonctionnement de l'organisme de coordination, on devrait s'interroger de la façon suivante :

- Un organisme ou un dispositif est-il chargé de coordonner les activités conjointes tuberculose/VIH au niveau national ?
- Les principaux partenaires de la lutte contre la tuberculose et le VIH sont-ils représentés au sein de cet organisme ou dispositif national ?¹³
- Cet organisme ou dispositif se réunit-il au moins chaque trimestre et les comptes rendus de ses réunions sont-ils diffusés ?
- Existe-t-il un organisme ou dispositif de coordination similaire tout aussi efficace au niveau infranational (par exemple aux niveaux régional, du district ou équivalent) où l'on enregistre à la fois une prévalence de la tuberculose et du VIH ?

¹³ Cet organisme ou dispositif devrait comprendre des membres de chaque programme et des représentants des équipes de gestion sanitaire au niveau du district en milieu urbain et rural, ainsi que des membres de la communauté, des patients tuberculeux et des personnes vivant avec le VIH, de même que des ONG/organisations communautaires oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la tuberculose ou le VIH, comme indiqué dans les *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319; WHO/HIV/2003.01).

Existence d'une planification commune au niveau national entre le PNLT et le PNLS pour les activités conjointes tuberculose/VIH

Il faudrait analyser le contenu du plan national commun tuberculose/VIH, ainsi que son budget, approuvés à la fois par le programme national de lutte antituberculeuse (PNLT) et le programme national de lutte contre le sida (PNLS), et les comparer avec les principaux éléments ci-après.

En l'absence d'un tel plan, il faudrait analyser le contenu du PNLT et du PNLS pour déterminer si ceux-ci contiennent les principaux éléments suivants :

- Définition claire des rôles et des responsabilités du PNLT et du PNLS dans la mise en oeuvre de chaque activité conjointe tuberculose/VIH.
- Lignes directrices tuberculose/VIH élaborées conjointement en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins.
- Mobilisation commune des ressources pour les activités conjointes tuberculose/VIH (budget commun si les ressources sont suffisantes ou proposition conjointe en vue d'obtenir des ressources supplémentaires).
- Stratégie concertée de développement des capacités des ressources humaines afin de garantir l'adéquation du personnel pour mettre en oeuvre ces activités ; il faudra en particulier se pencher sur le recrutement et la fidélisation, la formation, l'agrément et la supervision régulière, et l'appui du personnel.
- Formation commune préalable à l'emploi et en cours d'emploi sur la tuberculose et le VIH dispensée à tous les agents de santé.
- Stratégie concertée de communication et de sensibilisation concernant les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH (la communication sur le VIH doit faire passer des messages sur la tuberculose, et inversement).
- Plan commun visant à faire participer les communautés à la mise en oeuvre de ces activités, en veillant à ce que ceux qui appuient les programmes de lutte antituberculeuse au niveau communautaire incluent des mesures de prévention, des soins et un accompagnement pour les personnes touchées par le VIH dans leur domaine de compétences, et inversement.
- Plan commun de recherche opérationnelle concernant ces activités conjointes.
- Méthode commune de suivi et d'évaluation de ces activités.

Pour que les activités soient le plus complètes possible, tous les éléments devraient être reflétés dans un plan commun. Si un tel plan n'est pas disponible, il faudrait déterminer si chaque élément principal figure à la fois dans le PNLT et dans le PNLS. Dans les pays plus étendus, il pourra être utile de démontrer l'existence d'une planification conjointe au niveau infranational.

Existence de matériels d'information, d'éducation et de communication communs tuberculose/VIH dans les services de prise en charge de la tuberculose et du VIH

Au niveau national, une méthode commune de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale pour la tuberculose/le VIH devrait figurer dans les documents de stratégie. Au niveau local, la présence de matériels d'information, d'éducation et de communication complets et interdépendants est une étape importante pour pouvoir sensibiliser la communauté au VIH, à la tuberculose et aux liens entre ces deux domaines, ainsi qu'aux possibilités de prévention, de traitement et de soins disponibles.

Les données attestant de l'existence de ces matériels peuvent être recueillies lors de l'examen externe du programme. L'analyste devrait déterminer si ces différents supports (affiches, brochures, vidéos) sont disponibles gratuitement pour les patients, dans les établissements de soins visités. Au minimum, ces matériels devraient fournir des informations sur la tuberculose, le VIH et leur interaction, ainsi que sur les moyens de réduire les risques de transmission du VIH et de contamination par le bacille tuberculeux ; ils devraient par ailleurs être disponibles dans les langues locales et susceptibles d'être compris par les personnes analphabètes.

L'absence de ces supports sur le VIH dans les services antituberculeux et de ceux sur la tuberculose dans les services VIH peut tenir à plusieurs raisons : difficultés à les élaborer ou à les diffuser dans les établissements de santé ; absence de collaboration entre les programmes de lutte contre la maladie (matériels sur le VIH non distribués dans les services antituberculeux) ; ou manque d'engagement dans des activités de sensibilisation au VIH dans le PNLT (à la tuberculose dans le PNLS). De même, les matériels exposant les liens entre tuberculose et VIH n'ont peut-être

pas été élaborés au niveau national ou ne sont peut-être pas suffisamment diffusés ; un manque d'engagement dans la lutte antituberculeuse/anti-VIH au niveau des établissements de soins peut aussi signifier que les matériels diffusés ne sont pas utilisés. Des recherches supplémentaires seront nécessaires pour déterminer la ou les raisons de cette situation.

Existence d'un système national de suivi et d'évaluation intégré pour les activités conjointes tuberculose/VIH qui contribue à définir les cycles de planification annuelle des PNLT et des PNLs, et les plans à moyen terme (3 à 5 ans)

Suivi systématique. Données factuelles (tirées des plans annuels de lutte contre la tuberculose, le VIH et la tuberculose/le VIH, et d'entretiens avec le personnel principal chargé des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH) contenues dans le rapport annuel de suivi tuberculose/VIH contribuant à la planification annuelle de ces deux programmes.

Évaluation. Données factuelles (tirées des plans annuels de lutte contre la tuberculose, le VIH et la tuberculose/le VIH et d'entretiens avec le personnel principal chargé des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH) contenues dans le rapport d'évaluation à moyen terme détaillé des activités conjointes tuberculose/VIH contribuant à la planification à moyen terme de ces deux programmes.

Évaluation des systèmes existants de surveillance et de suivi dans les pays

Système de surveillance du VIH chez les patients tuberculeux

Existe-t-il un système de surveillance conforme aux normes internationales pour évaluer la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux?¹⁴ Dans l'affirmative, décrire le système en précisant la fréquence de notification et la couverture estimative.

Il existe trois principales méthodes de surveillance du VIH parmi les patients tuberculeux :

- Les *données issues du dépistage systématique du VIH*, sur lesquelles repose tout système de surveillance fiable à tous les stades de l'épidémie de VIH (peu active, concentrée, généralisée¹⁵), à condition que la couverture soit large. Ces données systématiques peuvent être étalonnées à l'aide d'enquêtes périodiques (spéciales) ou d'enquêtes sentinelles.
- La *surveillance sentinelle* consiste à recueillir les informations de manière systématique à partir d'un nombre prédéterminé de personnes sur des sites spécifiques et auprès de groupes de population présentant un intérêt particulier ou représentatifs d'une population plus vaste. Dans ce type de méthode, la difficulté consiste à déterminer dans quelle mesure l'échantillon de population donné est représentatif de la population dont il provient et de la population générale de patients tuberculeux. Les systèmes de surveillance sentinelle reposent en règle générale sur des méthodes de dépistage anonymes non corrélées, utilisant le plus souvent des échantillons sanguins collectés à d'autres fins et ne portant plus aucun marqueur d'identification.
- Les *enquêtes périodiques spéciales* jouent un rôle spécifique là où la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux n'a encore jamais été estimée. Elles constituent un volet essentiel de l'analyse de la situation initiale. Les enquêtes utilisant des méthodes d'échantillonnage représentatif et des tailles d'échantillons adaptées fournissent des estimations précises de la charge du VIH chez les patients tuberculeux. Ces informations peuvent alerter les programmes de lutte antituberculeuse quant à un éventuel problème lié au VIH et permettre de prendre des mesures, dont l'instauration d'une surveillance plus systématique.

¹⁴ On trouvera de plus amples renseignements sur la surveillance du VIH chez les patients tuberculeux dans les *Directives pour la surveillance du VIH chez les malades tuberculeux*, 2^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.339 ; WHO/HIV/2004.06 ; UNAIDS/04.30E).

¹⁵ Classification selon les définitions contenues dans les *Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000 (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5 ; UNAIDS/00.03E) :

Épidémie de VIH peu active : la prévalence du VIH ne dépasse régulièrement 5 % dans aucune sous-population à risque définie.

Épidémie concentrée : la prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 5 % dans au moins une sous-population définie mais est inférieure à 1 % chez les femmes enceintes en milieu urbain.

Généralisée : la prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 1 % chez les femmes enceintes.

Dans l'idéal, la surveillance de la prévalence du VIH devrait englober tous les nouveaux patients tuberculeux enregistrés chez qui la maladie a été diagnostiquée conformément aux normes internationales.¹⁶

Système de suivi de l'incidence de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

Existe-t-il un système de suivi de la notification des cas de tuberculose parmi les cohortes de personnes vivant avec le VIH ? Dans l'affirmative, décrire le système et préciser la fréquence de notification.

Les registres révisés de prise en charge du VIH (registres pré-TARV et TARV) permettent de consigner les traitements antituberculeux. Ces données sont également mentionnées dans les rapports trimestriels transversaux, permettant d'établir l'indicateur suivant : proportion de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH ayant entamé un traitement antituberculeux. Elles sont utilisées pour suivre l'incidence de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.

Système visant à établir des liens entre les bases de données sur la notification des cas de VIH et de tuberculose

Existe-t-il un système permettant de recenser les cas signalés dans les systèmes de notification à la fois pour la tuberculose et le VIH ? Dans l'affirmative, décrire le système et préciser la fréquence de notification.

Couverture géographique des activités conjointes tuberculose/VIH

Il importe de bien comprendre dans quelle proportion une population donnée a effectivement accès aux services dont elle a besoin, par exemple la proportion de toutes les personnes vivant avec le VIH ayant accès à une prophylaxie au cotrimoxazole. La couverture peut être définie comme le pourcentage de la population ayant besoin d'un service particulier qui a véritablement accès à ce service. L'accès dépend de nombreux facteurs : distance du point de service le plus proche, délais de disponibilité et coût du service, et critères de sélection pouvant être définis par les lignes directrices nationales ou les prestataires de services. Dans la pratique, il est souvent préférable de mesurer la couverture en termes d'utilisation du service, dans la mesure où les données sont plus faciles à obtenir, à savoir le pourcentage de la population ayant besoin d'un service qui utilise effectivement ce service. Toutefois, la couverture est souvent difficile à mesurer précisément, compte tenu des difficultés à établir les données du dénominateur.

Lorsque l'on commence à mettre en place un service à l'échelle nationale, un indicateur simple de couverture est la disponibilité de ce service, soit la proportion des districts dans lesquels un service donné est disponible. Cet indicateur ne permet pas de déterminer si le service est effectivement utilisé, s'il est accessible à tous ou s'il est de qualité, mais il est économique et facile à calculer.

Les activités présentées dans les paragraphes suivants sont définies plus avant dans la *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* :¹⁷

Activités visant à réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Nombre total de districts (ou équivalent) dans lesquels les activités ci-après sont pleinement mises en oeuvre (c'est-à-dire dans tous les établissements de santé publics à l'échelle du district) :

- intensification du dépistage de la tuberculose chez les personnes dont la séropositivité pour le VIH est révélée dans le cadre d'un dépistage du VIH et de conseils proposés par un prestataire dans un centre de soins ou d'un dépistage effectué sur un site de conseil et de dépistage volontaire ;
- intensification du dépistage de la tuberculose chez toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque contact avec des services de santé, qu'il s'agisse d'une visite de contrôle ou à des fins thérapeutiques ;
- mise en place d'un mécanisme officiel d'orientation entre les services de diagnostic et de

¹⁶ *Le traitement de la tuberculose : principes à l'intention des programmes nationaux*, 3^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/TB 2003.313).

¹⁷ *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330 ; WHO/HTM/HIV/2004.1).

prise en charge du VIH et les services de diagnostic et de traitement de la tuberculose pour toutes les personnes vivant avec le VIH présentant des symptômes de la tuberculose ;

- instauration d'une prophylaxie à l'isoniazide pour les personnes vivant avec le VIH ;
- adoption de mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse pour toutes les personnes vivant avec le VIH dans les structures de soins et les lieux collectifs (par exemple hôpitaux, centres de soins, prisons, casernes militaires).

Disponibilité des services de dépistage du VIH et de conseil dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose

Proportion de centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose proposant des services de dépistage du VIH et de conseil de qualité garantie aux patients tuberculeux selon les catégories ci-après, par rapport au nombre total de dispensaires ou de centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose :

- services de dépistage du VIH et de conseil disponibles dans les dispensaires accueillant des patients tuberculeux ;
- services de dépistage du VIH et de conseil non proposés aux patients tuberculeux ;
- nombre total de centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose proposant des services de dépistage du VIH et de conseil, divisé par le nombre total de centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose.

Activités destinées à diminuer la charge du VIH chez les patients tuberculeux

Nombre total de districts (ou équivalent) dans le pays, mettant pleinement en oeuvre les activités suivantes :

- offre systématique de services de dépistage du VIH et de conseil à tous les patients tuberculeux ;
- sensibilisation au VIH et prévention (distribution de préservatifs et éducation) ;
- instauration d'une prophylaxie au cotrimoxazole pour les patients VIH-positifs sous traitement antituberculeux ;
- instauration d'un traitement antirétroviral pour les patients tuberculeux VIH-positifs pouvant y prétendre ;
- mise en place d'un mécanisme d'orientation-recours pour les patients tuberculeux VIH-positifs ayant besoin d'une prise en charge du VIH et d'un accompagnement, si ces services ne sont pas disponibles sur place.

Activités proposées dans le cadre des services de dépistage du VIH et de conseil ou d'une prise en charge et d'un accompagnement

Proportion de services de dépistage du VIH et de conseil ou de services de prise en charge et d'accompagnement proposant les activités ci-après, par rapport au nombre total de services dans ces domaines :

- intensification du dépistage de la tuberculose (chez tous les patients ou uniquement chez ceux dont la séropositivité pour le VIH est connue) ;
- instauration d'un traitement antituberculeux ;
- dépistage des infections sexuellement transmissibles (chez tous les patients ou uniquement chez ceux dont la séropositivité pour le VIH est connue) ;
- traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- administration d'une prophylaxie à l'isoniazide aux personnes VIH-positives, si le dépistage n'indique pas la présence d'une tuberculose évolutive ;
- mise en place de services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) pour les femmes enceintes VIH-positives ;
- enregistrement de toutes les personnes VIH-positives sur les registres de prise en charge du VIH (pré-TARV) dans les centres de soins du VIH ;
- instauration d'un traitement antirétroviral ;
- groupes d'accompagnement pour les personnes vivant avec le VIH.

Ensemble complet d'activités conjointes tuberculose/VIH

Proportion de districts offrant un ensemble complet d'activités conjointes tuberculose/VIH comme indiqué dans la *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* et tel que défini dans la politique nationale de lutte antituberculeuse/anti-VIH, par rapport au nombre total de districts (ou équivalent). (Voir Tableau 1, *Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées*, page 6).

Étude des parties prenantes à la prestation de services tuberculose/VIH

Répertorier les prestataires/parties prenantes/partenaires assurant la prestation de services tuberculose et/ou VIH dans chaque district,¹⁸ en évaluant en particulier les services proposés, la population cible ou la zone desservie, le nombre de patients consultant chaque service, le profil de ces derniers (âge, sexe, catégories à risque) et leur statut sérologique vis-à-vis du VIH s'il est connu. Cela permettra de mieux connaître les activités menées par les partenaires et de savoir où elles sont mises en oeuvre, et de recenser les lacunes et les populations mal desservies. Les partenaires possibles sont notamment les suivants :

- autres ministères – agriculture, emploi, éducation, industrie, finances, développement social, transports, défense, justice et environnement ;
- organisations du secteur privé ;
- organisations professionnelles ;
- organismes de la société civile – groupes de défense des droits de l'homme, groupes de patients ;
- organisations confessionnelles ;
- organismes chargés de la mise en oeuvre ;
- ONG ;
- organisations communautaires ;
- institutions publiques, notamment universitaires ;
- organismes techniques et bailleurs de fonds ;

Financement des activités de lutte contre la tuberculose/le VIH

Ensemble des fonds disponibles ou alloués pour les activités conjointes tuberculose/VIH toutes sources confondues (par exemple gouvernements, prêts, subventions, Fonds mondial) au cours du dernier exercice budgétaire.

Évaluer l'ensemble des crédits inscrits au budget alloué à ces activités dans le(s) plan(s) annuel(s) pour ce même exercice. Évaluer dans quelle mesure les fonds disponibles sont suffisants pour mettre en oeuvre les activités conjointes définies dans le plan de travail annuel tuberculose/VIH et/ou dans les plans de travail annuels pour la tuberculose et pour le VIH. Déterminer si l'outil de budgétisation et de planification de l'OMS¹⁹ a été utilisé dans le cadre du programme national de lutte antituberculeuse pour établir le dernier plan quinquennal en date, et se procurer un exemplaire de ce plan aux fins de l'analyse de la situation.

Évaluer les dépenses réalisées par rapport aux crédits alloués. Même si la tâche est difficile, cela permet souvent de se faire une meilleure idée du financement véritable.

¹⁸ Des conseils pour étudier les activités menées par les parties prenantes sont donnés à la section 4.1.3 des *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319 ; WHO/HIV/2003.01).

¹⁹ Cet outil (www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/en/index.html) est conçu pour aider les pays à mettre au point des plans et des budgets pour la lutte antituberculeuse aux niveaux national et international dans le contexte défini par le Plan mondial et la Stratégie Halte à la tuberculose. On peut se fonder sur ces plans pour mobiliser les ressources auprès des gouvernements nationaux et des bailleurs de fonds.

5. Indicateurs relatifs aux activités conjointes tuberculose/VIH

On trouvera dans la présente section toute une série d'indicateurs pouvant être utilisés dans le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, regroupés par objectifs et domaines d'activité tels que définis dans la *Politique actuelle de l'OMS*.²⁰

Champs prévus pour chaque indicateur

- *Intitulé de l'indicateur.*
- *Définition.* Définition de l'indicateur, y compris du numérateur et du dénominateur, et calcul proposé, le cas échéant.
- *Objet.* Raison pour laquelle l'information est recueillie ; ce que l'indicateur tente de mesurer.
- *Méthodologie.* Méthodologie proposée pour la collecte de chaque indicateur et niveau auquel il doit être mesuré (par exemple au niveau de la communauté, du district, de la région, du pays).
- *Fréquence.* Fréquence à laquelle il est recommandé de mesurer l'indicateur.
- *Atouts et inconvénients.* Principaux atouts et inconvénients de l'indicateur.
- *Importance.* Déterminer s'il s'agit d'un indicateur essentiel, souhaitable ou facultatif.
- *Responsabilité.* Il est proposé de confier la responsabilité de la qualité de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données à un responsable.
- *Instruments d'évaluation.* Ce qui est nécessaire à la collecte de l'indicateur.

Considérations liées à la confidentialité

Pour pouvoir assurer une prise en charge optimale du VIH ou de la tuberculose, on a souvent besoin d'informations délicates sur les patients. Si les prestataires de soins tuberculeux connaissent la sérologie pour le VIH de leurs patients et qu'ils peuvent leur fournir des services de prévention et de traitement adaptés, ou les aiguiller vers ce type de services, ils leur dispenseront alors de meilleurs soins. De même, les prestataires de soins VIH dispenseront de meilleurs soins aux personnes infectées par le VIH s'ils savent que cette personne est atteinte d'une tuberculose-infection ou d'une tuberculose-maladie et s'ils peuvent lui administrer une prophylaxie ou un traitement antituberculeux adapté, ou l'orienter vers les services compétents. Toutefois, ces renseignements délicats doivent être traités de façon aussi confidentielle que possible et être utilisés dans le respect des lignes directrices qui ont été publiées. Ces renseignements ne doivent être communiqués qu'aux personnes concernées, en général à celles qui dispensent directement des soins aux patients. Les données concernant le VIH sont en règle générale jugées plus sensibles que celles relatives à la tuberculose.

Tous les registres—des cas de tuberculose, de la tuberculose/du VIH, et de prise en charge du VIH—ainsi que d'autres documents contenant des informations sensibles doivent être stockés en lieu sûr (un placard fermé à clé par exemple). Les doubles inutiles devraient être détruits lorsqu'on n'en a plus besoin. Les bases de données informatisées contenant des informations sensibles devraient être protégées par mot de passe et par encodage des données. Il faut être particulièrement prudent lorsque les patients sont orientés vers d'autres services et lorsque des renseignements à leur sujet sont transférés d'un établissement de soins vers un autre (manuellement ou électroniquement). Chaque programme devra élaborer sa propre politique pour veiller à garantir la confidentialité des données sur le patient.

Dans certains cas, pour établir ces indicateurs on a besoin de recueillir des informations sensibles sur le patient. Toutefois, il faudrait supprimer les identifiants personnels le plus tôt possible dans le processus de collecte ou de notification des données, dès lors qu'ils ne sont plus nécessaires à des fins d'identification. Le cas échéant, des données ventilées devraient être collectées et notifiées. On a rarement besoin de données sur le patient en dehors des établissements de soins. Pour cette raison, les données communiquées aux districts ou en vue d'établir des indicateurs ne doivent pas contenir d'informations sur les patients.

²⁰ *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. (WHO/HTM/TB/2004.330 ; WHO/HTM/HIV/2004.1).

Objectif A**A. Mettre en place des mécanismes de collaboration**

- A.1 Créer un organe de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH efficace à tous les niveaux
- A.2 Surveiller la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux
- A.3 Planifier conjointement les activités antituberculeuses/anti-VIH
- A.4 Assurer le suivi et l'évaluation

Les activités relevant de l'objectif A ont été étudiées en détail dans la section consacrée aux profils de pays (section 4) du présent guide. Elles ne constituent plus des indicateurs à part entière, mais devraient être passées en revue lors de chaque examen des programmes de lutte anti-VIH et de lutte antituberculeuse au niveau national.

Objectif B**B. Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH – les «Trois I»**

- B.1 Intensifier le recensement des cas de tuberculose par le dépistage et le diagnostic
- B.2 Instaurer la prophylaxie à l'isoniazide
- B.3 Veiller à lutter contre l'infection tuberculeuse dans les structures de soins et les lieux collectifs

B.1 Intensifier le dépistage**Indicateur B.1.1****Pourcentage de patients VIH-positifs dépistés pour la tuberculose dans les centres de traitement ou de prise en charge du VIH**

Définition	Proportion d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, ²¹ chez qui une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite pendant la période considérée, par rapport au nombre total d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH et ayant consulté pendant cette période.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, ²¹ chez qui une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre total d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH et ayant consulté pendant la période considérée.
Objet	Il s'agit d'un indicateur de processus évaluant une activité destinée à réduire l'impact de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Il indique dans quelle mesure s'applique la recommandation visant à dépister la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH lors du diagnostic et de visites de contrôle, la dernière visite servant de référence.
Méthodologie	La recherche de la tuberculose devrait être effectuée à chaque visite pendant la période considérée et les résultats devraient être consignés sur la fiche de soins VIH/TARV du patient (inscrire «Oui» sur le registre s'il n'existe «aucun signe», indiquer s'il s'agit d'un cas «suspect» ou d'un patient «sous traitement», et mentionner «non» si la recherche n'a pas été faite), et ces indications reportées sur les registres pré-TARV ou TARV, selon le cas, dans tous les centres dispensant des soins courants pour le VIH.

²¹ La prise en charge du VIH comprend le traitement du VIH, à savoir l'inscription sur le registre pré TARV ou sur le registre TARV une fois le traitement entamé..

Méthodologie	<p>Les personnes bénéficiant d'une prise en charge comprennent celles en phase d'entretien et celles nouvellement inscrites pendant la période considérée. Ces données devraient être analysées et communiquées au niveau national, de même que d'autres données transversales.</p> <p>Le numérateur, provenant des registres pré-TARV et TARV, est calculé à partir du nombre de patients chez qui une recherche de la tuberculose a été effectuée pendant la période considérée. Tous les patients entamant un traitement antirétroviral pendant cette période devraient figurer dans le registre TARV et non dans le registre pré-TARV.</p> <p>S'agissant des patients qui ne sont pas encore sous antirétroviraux, sont inclus dans le dénominateur ceux qui consultent pendant la période considérée; pour les patients sous antirétroviraux, sont inclus ceux sous traitement pendant cette période.</p> <p>Le dénominateur, provenant des registres pré-TARV et TARV, est calculé à partir du nombre de patients ayant effectué une visite pendant la période considérée. Ces données sont ensuite consignées dans le formulaire de notification transversale.</p> <p>Les programmes de lutte antituberculeuse et ceux anti-VIH devraient collaborer pour s'assurer qu'ils utilisent des critères arrêtés d'un commun accord pour identifier les cas suspects de tuberculose et que les méthodes de dépistage sont conformes aux protocoles prévus dans les programmes de lutte contre la tuberculose.²²</p>
Fréquence	Les données sont collectées en continu et sont communiquées au niveau national dans le cadre des rapports transversaux établis de manière systématique. Des recoupements peuvent être effectués lors de l'examen de contrôle annuel du patient.
Atouts et inconvénients	La recherche de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, suivie d'un diagnostic et d'un traitement rapides, augmente les chances de survie, améliore la qualité de vie et limite la transmission de l'épidémie au sein de la communauté. Grâce à cette recherche, on peut recenser les patients-VIH positifs qui ne présentent aucun signe de tuberculose-maladie et qui pourraient bénéficier d'une prophylaxie à l'isoniazide en cas d'infection tuberculeuse latente. Cet indicateur ne permet pas de mesurer si l'intensification du dépistage de la tuberculose va de pair avec la qualité et n'indique pas non plus si les patients chez qui l'on suspecte une tuberculose font l'objet d'un examen plus poussé ou sont effectivement examinés. Toutefois, il souligne l'importance de l'intensification du dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH lors du diagnostic et de chaque contact avec les services de traitement et de prise en charge du VIH. Il faudrait viser à obtenir une valeur élevée pour cet indicateur (proche de 100%), qui devrait toutefois être interprétée à la lumière des indicateurs B.1.2 et B.2.1 pour veiller à ce que des mesures adaptées soient prises à l'issue du dépistage. Une faible valeur indiquera que l'objectif B—réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH—a peu de chances d'être atteint.
Importance	Essentielle.
Responsabilité	PNLS.
Instruments d'évaluation	Cet indicateur est recueilli à partir des registres pré-TARV et TARV et est résumé dans les rapports trimestriels transversaux. Il pourrait aussi être évalué à partir d'un échantillon systématique de fiches de patients bénéficiant de soins VIH/TARV lors d'un examen de contrôle annuel.

²² Une méthode a été proposée pour procéder au dépistage. Elle consiste à demander aux patients VIH-positifs s'ils sont actuellement sous traitement antituberculeux. Dans la négative, on leur demande ensuite s'ils présentent les principaux symptômes de la tuberculose (par exemple toux depuis plus de deux semaines, fièvre persistante, sueurs nocturnes, perte de poids inexplicée et tuméfaction ganglionnaire). On pourrait utiliser une simple liste de contrôle et une seule réponse positive indiquerait que le patient peut être considéré comme un cas suspect de tuberculose. Si, par un simple questionnaire, les patients sont considérés comme des cas suspects de tuberculose (conformément aux protocoles nationaux), il faudrait alors leur faire subir un dépistage de la tuberculose (ou les orienter vers des services antituberculeux pour un dépistage) et les traiter comme il convient. Ceux chez qui on n'a pas diagnostiqué de tuberculose devraient être placés sous traitement préventif à l'isoniazide pendant six mois.

Indicateur B.1.2.1 Pourcentage de patients VIH-positifs bénéficiant d'un traitement antituberculeux	
Définition	Proportion d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH ²³ ayant entamé un traitement antituberculeux, par rapport au nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH ayant entamé un traitement antituberculeux pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH pendant la période considérée.
Objet	Cet indicateur mesure la charge de comorbidité par tuberculose connue chez les personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH. Il peut être utilisé dans la planification de l'approvisionnement en médicaments en cas de substitution d'antirétroviraux chez les personnes traitées pour la tuberculose.
Méthodologie	<p>Les données du numérateur sont issues de la colonne « traitement antituberculeux » dans les registres pré-TARV et TARV pour tous les patients bénéficiant de soins pendant la période considérée, y compris ceux en phase d'entretien et ceux nouvellement inscrits pendant cette période. Parmi ceux nouvellement inscrits pour une prise en charge du VIH pendant la période considérée, ceux sous traitement antituberculeux au moment de l'inscription et ceux entamant un traitement pendant la période considérée devraient figurer au numérateur.</p> <p>Les données nécessaires pour calculer cet indicateur sont plus difficiles à recueillir lorsque le diagnostic et le traitement de la tuberculose ne s'effectuent pas dans le même centre que celui où a lieu le dépistage ou le traitement du VIH, et la prise en charge. Dans ces circonstances, il faut établir une communication fiable dans les deux sens entre les services de lutte antituberculeuse et les services de traitement et de prise en charge du VIH.</p> <p>S'agissant des patients qui ne sont pas encore sous antirétroviraux, figurent au dénominateur ceux qui consultent pour des soins VIH pendant la période considérée ; pour les patients sous antirétroviraux, il s'agit de la somme de ceux toujours sous traitement au début de la période considérée et de ceux nouvellement inscrits dans le programme pendant cette période.</p> <p>Les données communiquées concernant cet indicateur devraient être ventilées par patients sous TARV et par patients n'ayant pas encore entamé de TARV. Les patients qui sont inscrits à la fois sur les registres pré-TARV et les registres TARV comme ayant entamé un traitement antituberculeux ne devraient être comptabilisés qu'une fois comme étant inscrits sur le registre TARV.</p> <p>Ce numérateur est utilisé pour calculer l'indicateur de base 6 (Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH)²⁴ établi lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida (voir indicateur B.1.2.2), à savoir :</p> <p><i>Numérateur</i>: nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programme national de lutte antituberculeuse) au cours de l'année où le rapport est soumis.</p> <p><i>Dénominateur</i>: nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.</p> <p>L'estimation pour cet indicateur de base figure dans le Rapport annuel par l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, dont le dernier en date peut être téléchargé sur son site Web (http://www.who.int/tb/publications/fr/index.html).</p>

²³ La prise en charge du VIH comprend le traitement du VIH, à savoir l'inscription sur le registre pré TARV ou sur le registre TARV une fois le traitement entamé.

²⁴ http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1318_core_indicators_manual_fr.pdf.

Fréquence	Les données sont recueillies en continu et communiquées chaque trimestre au niveau national et tous les ans à l'OMS.
Atouts et inconvénients	<p>Cet indicateur donne des informations sur le nombre de patients tuberculeux pris en charge dans le cadre du programme (« charge programmatique ») et sur les conditions à remplir pour une prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH. Il permet de valider l'indicateur de processus B.1.1. S'il est peu élevé, il faudra déterminer si la recherche de la tuberculose est effectuée systématiquement et faire des recoupements avec le programme de lutte antituberculeuse au niveau local pour voir si les patients tuberculeux VIH-positifs sont également inscrits sur les registres de prise en charge du VIH.</p> <p>Dans l'idéal, tous les patients tuberculeux VIH-positifs inscrits dans les registres des cas de tuberculose devraient également être inscrits dans les registres de prise en charge du VIH/sida (pré-TARV et TARV), ce qui peut se vérifier par l'inscription du numéro pré-TARV ou TARV dans le registre de la tuberculose. De même, tous les patients sous traitement antituberculeux inscrits dans les registres du VIH doivent également être inscrits dans le système PNLT (vérifier leur numéro d'inscription). Cet indicateur est important pour démontrer que les activités conjointes tuberculose/VIH contribuent à améliorer les taux de dépistage de la tuberculose, réduisant ainsi la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et leurs communautés. L'étude de ces données dans le temps pourrait faire apparaître la nécessité d'assurer des services de lutte antituberculeuse aux personnes vivant avec le VIH.</p>
Importance	Essentielle.
Responsabilité	PNLS.
Instruments d'évaluation	Registres pré-TARV et TARV. Les données sont résumées dans les rapports trimestriels.

<p>Indicateur B.1.2.2 Indicateur de base 6 établi lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida</p> <p>Pourcentage estimatif de cas incidents de tuberculose liés à une séropositivité pour lesquels un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH ont été instaurés</p>	
Définition	Pourcentage estimatif de cas incidents de tuberculose liés à une séropositivité pour lesquels un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH ont été instaurés.
Numérateur	Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programme national de lutte contre la tuberculose) au cours de l'année où le rapport est soumis.
Dénominateur	Nombre estimatif de cas incidents de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.
Objet	Évaluer les progrès réalisés dans le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
Méthodologie	Les estimations annuelles du nombre de cas incidents de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH dans les pays à forte charge de tuberculose établies par l'OMS sont disponibles à l'adresse: http://www.who.int/tb/country/en . Les données relatives à cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (adultes de plus de 15 ans et enfants de moins de 15 ans).
Fréquence	Les données doivent être recueillies continuellement au niveau des établissements de santé. Elles doivent être agrégées périodiquement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres et rapportées tous les ans. On communiquera ici les données et estimations les plus récentes.

Atouts et inconvénients	<p>Le dépistage et le traitement adéquats de la tuberculose prolongeront la durée de vie des personnes vivant avec le VIH et réduiront la charge que la tuberculose fait peser sur les communautés. L'OMS établit des estimations annuelles de la charge de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, fondées sur les meilleures estimations nationales de la prévalence du VIH et de l'incidence de la tuberculose. Tous les cas incidents de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH devraient faire l'objet d'un traitement antituberculeux selon qu'ils remplissent les critères nationaux. Les cas incidents de tuberculose se définissent comme les nouveaux cas qui se sont produits dans l'année et excluent en particulier les cas de tuberculose latente. Toutes ou la plupart des personnes vivant avec le VIH et souffrant de tuberculose devraient être mises sous traitement antirétroviral, conformément aux critères locaux de sélection des patients. Le traitement antituberculeux ne devrait être entrepris que s'il correspond aux directives du programme national de lutte contre la tuberculose. Cet indicateur sert à évaluer la mesure dans laquelle la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH permet d'accéder à un traitement approprié des deux maladies. Toutefois, cet indicateur sera infléchi par un recours insuffisant au test de dépistage du VIH et l'accès médiocre aux services de soins relatifs au VIH et au traitement antirétroviral, ainsi qu'au diagnostic et au traitement de la tuberculose. Des indicateurs séparés existent pour chacun de ces facteurs et il serait bon de s'y référer lors de l'interprétation des résultats du présent indicateur. Il est essentiel que les personnes qui dispensent les soins relatifs au VIH et le traitement antirétroviral consignent le diagnostic et le traitement de la tuberculose, puisque ces informations ont des implications importantes eu égard aux critères de sélection pour un traitement antirétroviral et au choix du schéma thérapeutique. Il est donc recommandé d'inscrire la date du début du traitement antituberculeux dans le registre TARV. Il convient, si possible, d'indiquer le nombre de patients bénéficiant de soins relatifs au VIH et placés sous traitement antituberculeux, mais qui ne sont pas encore sous TARV. Cela permettrait de faire apparaître des cas supplémentaires de personnes vivant avec le VIH chez qui la tuberculose a été dépistée et est traitée.</p>
Importance	Essentielle.
Responsabilité	PNLS.
Instruments d'évaluation	Registre et rapport des services TARV; instruments de suivi des programmes.

B.2 Pourcentage de nouveaux patients VIH-positifs entamant une prophylaxie à l'isoniazide pendant la période considérée

Indicateur B.2.1	
Pourcentage de nouveaux patients VIH-positifs entamant une prophylaxie à l'isoniazide pendant la période considérée	
Définition	Proportion d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits sur les registres du VIH ²⁵ ayant entamé un traitement pour une infection tuberculeuse latente–prophylaxie à l'isoniazide–, par rapport au nombre total d'enfants et d'adultes nouvellement inscrits sur les registres du VIH, pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits sur les registres du VIH ayant entamé une prophylaxie à l'isoniazide (à raison d'une dose au moins) pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits sur les registres du VIH pendant la période considérée.
Objet	Faire en sorte que les personnes VIH-positives remplissant les conditions requises soient traitées pour une infection tuberculeuse latente afin de réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
Méthodologie	<p>Les données nécessaires pour établir cet indicateur sont collectées à partir des registres pré-TARV dans les centres offrant une prise en charge du VIH. Toutes les personnes nouvellement inscrites devraient figurer sur les registres pré-TARV, sur lesquels l'administration d'une prophylaxie à l'isoniazide doit également être notée. L'inscription directe sur les registres TARV peut faire partie des adaptations auxquelles procéderont les pays. Si, dans de tels cas, une prophylaxie à l'isoniazide est prescrite à des patients nouvellement inscrits sur les registres TARV, ces patients devraient être inclus dans le dénominateur.</p> <p>Un dépistage de la tuberculose devrait être pratiqué chez les personnes VIH-positives, comme suggéré dans l'indicateur B.1.1. Une prophylaxie à l'isoniazide sera proposée à tous les patients chez qui le dépistage n'a pas révélé de tuberculose évolutive. Il faudrait enregistrer toutes les personnes acceptant cette prophylaxie et recevant au moins une dose dans une colonne réservée à cet effet dans les registres pré-TARV et TARV.</p>

²⁵ La prise en charge du VIH comprend le traitement du VIH, à savoir l'inscription sur le registre pré TARV ou sur le registre TARV une fois le traitement entamé.

Méthodologie	<p>Des informations plus précises doivent être recueillies pour pouvoir prévoir précisément les besoins en médicaments et gérer les approvisionnements. Les patients qui viennent chercher des doses supplémentaires d'isoniazide (habituellement une fois par mois) doivent être inscrits sur un registre tenu par les pharmaciens. Ce registre permettra aux établissements de signaler tous les trois mois le nombre de traitements instaurés, de traitements poursuivis et de traitements achevés. Si ces données sont collectées de façon systématique, l'indicateur retenu sera le pourcentage de patients VIH-positifs achevant leur traitement pour une tuberculose latente, par rapport au nombre total de patients VIH-positifs ayant entamé ce traitement. D'après les sites pilotes, 10 à 50% des patients chez qui un dépistage a révélé une séropositivité pour le VIH peuvent entamer une prophylaxie à l'isoniazide; certains ne satisferont pas aux critères de sélection, d'autres refuseront le traitement et d'autres abandonneront pendant le dépistage. La proportion susceptible d'entamer cette prophylaxie dépend du protocole de dépistage utilisé (par exemple le recours à l'intradermoréaction à la tuberculine réduit le nombre de personnes répondant aux critères) et du type d'établissement dans lequel le diagnostic du VIH est posé. Parmi les cas orientés vers les hôpitaux ou les dispensaires, le nombre de patients malades ne pouvant prétendre à un traitement pour l'infection tuberculeuse latente sera plus important. On s'attend à ce que cette proportion soit encore plus grande chez les patients venant de centres de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ou de centres de conseil et de dépistage volontaire. La plupart des programmes devraient viser à ce que plus de 60% des patients entament une prophylaxie à l'isoniazide.</p>
Fréquence	Les données sont collectées en continu et sont communiquées et analysées tous les trimestres.
Atouts et inconvénients	<p>Le traitement de l'infection tuberculeuse latente réduira l'incidence de la tuberculose-maladie chez les personnes vivant avec le VIH porteuses du bacille tuberculeux mais chez qui la maladie ne s'est pas déclarée. Il est relativement commode d'inclure les personnes à qui au moins une dose a été administrée, même dans les pays dotés de ressources limitées. C'est le minimum requis pour s'assurer que la prophylaxie à l'isoniazide est administrée aux personnes VIH-positives ne présentant pas de tuberculose évolutive. Toutefois, à moins que des données complémentaires ne soient collectées comme indiqué ci-dessus, cet indicateur ne fournit aucune information sur le nombre de personnes qui achèvent leur traitement ou qui respectent la prescription. Les programmes souhaiteront peut-être collecter davantage de données sur l'observance du traitement ou sur son achèvement. Ces données pourraient provenir des registres sur la prophylaxie à l'isoniazide tenus par les pharmaciens, grâce à des études périodiques, ou à la tenue d'un registre sur la délivrance de la prophylaxie à l'isoniazide.</p> <p>Cet indicateur mesure le nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites sur les registres et ayant entamé une prophylaxie à l'isoniazide pendant la période considérée. Avec les rapports trimestriels, on risque de ne pas comptabiliser les personnes qui entament ce traitement ultérieurement. Les pointages annuels lors de l'examen des programmes peuvent indiquer si les personnes ont reçu ou non une prophylaxie à l'isoniazide par la suite.</p>
Responsabilité	PNLS et PNLT.
Instruments d'évaluation	Registre pré-TARV résumé dans le rapport trimestriel transversal. L'enregistrement direct sur les registres TARV peut faire partie des adaptations auxquelles procéderont les pays.

B.3 Lutte contre l'infection tuberculeuse dans les structures de soins et les lieux collectifs

Indicateur B.3.1	
Proportion d'établissements de santé offrant des services aux personnes vivant avec le VIH et respectant des pratiques de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse	
Définition	Proportion d'établissements de santé offrant des services aux personnes vivant avec le VIH et respectant des pratiques de lutte contre l'infection attestées, notamment de lutte antituberculeuse, par rapport au nombre total d'établissements de santé évalués.
Numérateur	Nombre d'établissements de santé respectant des pratiques de lutte contre l'infection attestées, notamment de lutte antituberculeuse, qui soient conformes aux recommandations internationales. ²⁶
Dénominateur	Nombre total d'établissements de santé évalués (mentionner également le nombre total de chaque type d'établissement au niveau national pour indiquer la proportion évaluée).
Objet	Veiller à ce qu'il existe une politique au niveau de l'établissement pour réduire au minimum le risque de transmission de la tuberculose dans les structures de soins où sont traitées les personnes vivant avec le VIH, comme les établissements de soins de santé primaires et les hôpitaux.
Méthodologie	<p>Analyser la politique écrite de lutte contre l'infection de l'établissement en répondant par l'affirmative ou la négative aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un plan écrit de lutte contre l'infection ? • Une personne est-elle chargée de mettre en oeuvre les mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse ? • La salle d'attente est-elle bien ventilée (par exemple fenêtres et portes ouvertes) ? • Les patients chez qui l'on suspecte une tuberculose sont-ils identifiés dès l'entrée dans l'établissement et séparés des autres patients ? • Les cas de tuberculose parmi les personnels de santé sont-ils systématiquement suivis et signalés ? <p>On doit obtenir une réponse positive à toutes ces questions pour qu'un établissement soit reconnu comme étant doté d'une politique de lutte contre l'infection tuberculeuse conforme aux recommandations internationales. Si l'établissement est effectivement doté d'un plan écrit de lutte contre l'infection, un exemplaire papier devra être mis à disposition. Des justificatifs devront également être produits concernant d'autres éléments.</p> <p>En cas d'épidémie généralisée, tous les établissements dispensant des soins du VIH seraient inclus dans cet indicateur tandis que, là où les cas de VIH sont peu nombreux, seuls les établissements assurant une prise en charge du VIH seront inclus.</p> <p>Cet indicateur et la méthodologie utilisée peuvent aussi être adaptés dans d'autres contextes : prisons, camps de réfugiés, casernes militaires et autres lieux collectifs.</p>

²⁶ *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health-care facilities in resource-limited settings.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/CDS/TB/99.269).

Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment (Addendum to WHO Guidelines for the prevention of tuberculosis in health-care facilities in resource-limited settings).

Fréquence	Les données sont collectées tous les ans à partir de chaque établissement lors des visites de supervision et/ou de l'examen externe des activités de lutte contre la tuberculose/le VIH ou des examens des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
Atouts et inconvénients	L'existence d'une politique écrite de lutte contre l'infection qui traite de la tuberculose et qui soit conforme aux recommandations internationales est la première étape essentielle pour garantir que des activités de lutte contre l'infection tuberculeuse sont mises en place dans les structures de soins et les lieux collectifs où la prévalence du VIH est élevée. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que cette politique est effectivement mise en oeuvre. Il faudra donc poursuivre les recherches pour savoir si elle est dûment appliquée et respectée. Son analyse implique un jugement subjectif, ce qui risque de limiter les comparaisons entre les pays et d'empêcher de suivre l'évolution dans le temps. Cet indicateur ne se contente pas seulement de mesurer l'existence ou non d'une politique de lutte contre l'infection, mais définit des normes auxquelles on doit se conformer pour que des pratiques acceptables de lutte contre l'infection tuberculeuse soient mises en place dans les structures de soins et les lieux collectifs à forte prévalence du VIH, conformément aux recommandations internationales—ce qui élimine ainsi les jugements subjectifs, bien qu'en partie seulement.
Responsabilité	PNLS.
Instruments d'évaluation	Liste de contrôle de l'établissement.

Indicateur B.3.2	
Proportion d'agents de santé employés dans des établissements dispensant des soins aux personnes vivant avec le VIH, qui contractent la tuberculose pendant la période considérée	
Définition	Proportion d'agents de santé employés dans des établissements dispensant des soins aux personnes vivant avec le VIH, qui contractent la tuberculose en une année, par rapport au nombre total d'agents de santé employés dans des établissements dispensant des soins aux personnes vivant avec le VIH pendant cette même année.
Numérateur	Nombre d'agents de santé employés dans des établissements assurant une prise en charge du VIH qui contractent la tuberculose en une année.
Dénominateur	Nombre total d'agents de santé employés dans des établissements assurant une prise en charge du VIH pendant cette même année.
Objet	Mesurer l'incidence de la tuberculose parmi les personnels de santé dans le temps pour évaluer l'impact des mesures de lutte contre l'infection sur ces personnels.
Méthodologie	Dans les pays où l'épidémie de VIH est généralisée, tous les établissements dispenseront des soins pour le VIH. La définition des agents de santé dépend du contexte: outre le personnel médical et infirmier, ces personnels pourront comprendre ceux ayant des contacts avec les patients et/ou ceux travaillant dans le cadre de l'établissement, par exemple le personnel chargé du ménage. Il est peu probable que les jardiniers, le personnel de sécurité, le personnel d'entretien, etc., qui ne courent pas de risques d'être exposés de manière prolongée à la tuberculose, soient inclus dans cette définition. Le problème ici est le risque d'exposition à la tuberculose. Le nombre d'agents de santé entamant un traitement antituberculeux durant la période considérée est utilisé en tant que numérateur. Les dossiers professionnels et les dossiers médicaux du personnel de l'établissement, mentionnant l'âge et le sexe, devraient être disponibles pour tous les employés des centres prenant en charge le VIH, et il faudrait compiler les données synthétiques pertinentes de chaque établissement/district au niveau national où cet indicateur devrait être comparé aux taux de tuberculose dans la population générale (après standardisation directe pour l'âge et le sexe).
Fréquence	Données collectées tous les ans à partir de chaque établissement.
Atouts et inconvénients	<p>En tant qu'outil de suivi de l'impact des politiques de lutte contre l'infection,²⁷ cet indicateur peut faire apparaître une évolution des taux de tuberculose chez les personnels de santé, faisant ressortir une charge potentielle très lourde sur les ressources humaines pour la santé, déjà rares. Il peut donc être utile pour plaider en faveur de l'amélioration des conditions de travail pour le personnel de santé et des pratiques de lutte contre l'infection. Le nombre de cas de tuberculose signalés par chaque établissement a tendance à être faible même si les taux d'incidence sont très élevés, ce qui risque de poser des problèmes et de rendre difficiles les véritables comparaisons au niveau infranational/local. Il convient de suivre l'évolution dans le temps de cet indicateur.</p> <p>Cet indicateur peut être ventilé par sexe et par âge et standardisé pour ces deux paramètres en fonction de la population au niveau national. Les taux de séropositivité pour le VIH parmi les personnels de santé comparés à la population générale peuvent aussi jouer un rôle dans les taux de tuberculose différentiels. Cet indicateur peut être utile pour évaluer les taux de tuberculose chez les différentes catégories de personnels, par exemple personnel de laboratoire, soignants. Des problèmes de confidentialité risquent de se poser et des efforts particuliers doivent être faits pour veiller à protéger les données sur le personnel.</p>

²⁷ Harries AD et al. Tuberculosis in health care workers in Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 93(1):32-35.

Harries AD et al. Preventing tuberculosis among health workers in Malawi. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2002, 80(7):526-531.

Responsabilité	PNLS.
Instruments d'évaluation	Tableaux des effectifs des personnels de santé de l'établissement et leurs dossiers médicaux.

Objectif C

C. Diminuer la charge du VIH chez les patients tuberculeux

- C.1 Dépistage du VIH et conseil
- C.2 Méthodes de prévention du VIH
- C.3 Prophylaxie au cotrimoxazole
- C.4 Soins et accompagnement des personnes touchées par le VIH
- C.5 Traitement antirétroviral

C.1 Assurer des services de dépistage du VIH et de conseil

Indicateur C.1.1

Proportion de patients tuberculeux dont on connaît le statut vis-à-vis du VIH

Définition	Pourcentage de patients tuberculeux dont le résultat du test de dépistage du VIH ²⁸ est noté sur le registre des cas de tuberculose.
Numérateur	Nombre de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée et dont le résultat du test de dépistage du VIH ²⁸ est noté sur le registre des cas de tuberculose.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée.
Objet	Cet indicateur permet de connaître le statut des patients tuberculeux vis-à-vis du VIH. Les patients qui connaissent leur statut peuvent avoir accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement les plus appropriés. On constate que les cibles nationales et internationales sont progressivement atteintes. Il s'agit d'un indicateur supplémentaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (6) dont l'utilisation est recommandée dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le sida. ²⁹
Méthodologie	Le numérateur doit comprendre l'ensemble des patients tuberculeux dont on connaît la séropositivité pour le VIH (par exemple grâce à un document prouvant qu'ils suivent un traitement contre l'infection) ou dont le résultat négatif à un test de dépistage est considéré comme acceptable par le clinicien (par exemple test effectué il y a 3 à 6 mois dans un laboratoire fiable). Les soignants doivent proposer un test de dépistage à tous les patients tuberculeux qui ignorent leur statut vis-à-vis du VIH. Un système d'orientation peut être instauré afin que le programme de lutte antituberculeuse garde une trace des patients à qui un test a été proposé et qui en ont reçu le résultat. Le dépistage du VIH doit idéalement être effectué au début du traitement antituberculeux afin que le patient bénéficie de soins appropriés pendant toute la durée du traitement. Cependant, le système d'enregistrement et de notification doit permettre de garder une trace de ces tests faute de quoi le nombre total de patients qui connaissent leur statut vis-à-vis du VIH sera sous-notifié.

²⁸ C'est-à-dire l'ensemble des patients tuberculeux dont on connaît la séropositivité pour le VIH ou dont le résultat négatif à un test de dépistage est considéré comme acceptable par le clinicien (par exemple test effectué il y a 3 à 6 mois dans un laboratoire fiable).

²⁹ *Core Indicators for national AIDS programmes: guidance and specifications for additional recommended indicators*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2008 (UNAIDS/08.26E).

Méthodologie	Cet indicateur permet de mesurer la capacité des services de prise en charge du VIH et de la tuberculose à déterminer le statut sérologique des patients tuberculeux. Si une forte proportion de patients tuberculeux connaissent leur statut vis-à-vis du VIH, on peut faire une estimation suffisamment fiable de la prévalence du VIH chez ces patients à des fins de surveillance. Cet indicateur permet aussi une prévention plus approfondie (par exemple préservatifs, dépistage chez le/la partenaire).
Fréquence	Les données sont enregistrées en continu et rapportées tous les trois mois, au moment de la notification des cas de tuberculose. Une notification supplémentaire au moment du rapport sur l'issue des traitements de la tuberculose permet d'enregistrer les résultats des tests de dépistage à tout moment pendant le traitement.
Atouts et inconvénients	<p>Le taux d'infection à VIH est plus élevé parmi les patients tuberculeux que dans la population générale. La connaissance par le patient de son statut sérologique peut favoriser l'adoption d'un comportement plus sain, réduire la transmission du VIH, et améliorer l'accès à des soins appropriés afin d'atténuer la stigmatisation. S'ils connaissent le statut vis-à-vis du VIH de leurs patients dès le début du traitement antituberculeux, les agents de santé peuvent offrir un traitement, des soins et un accompagnement optimaux.</p> <p>Un chiffre élevé pour cet indicateur montre que les patients sont bien orientés vers les établissements de prise en charge du VIH ou que le dépistage du VIH est souvent effectué dans les établissements de prise en charge de la tuberculose – c'est-à-dire que le système de collaboration tuberculose/VIH dans son ensemble fonctionne bien. Un chiffre bas révèle un faible recours au dépistage en début de traitement et une détection tardive du VIH mais n'indique pas l'origine du problème. Cet indicateur ne permet pas de savoir si un patient connaît son statut sérologique ou s'il a bénéficié d'un conseil avant ou après le dépistage, informations cruciales si l'on veut obtenir un changement de comportement pour réduire la transmission du VIH.</p>
Responsabilité	PNLT.
Instruments d'évaluation	Registres des établissements de prise en charge de la tuberculose et rapports trimestriels de détection des cas. Les pays pourront choisir aussi d'enregistrer ces informations pendant l'analyse trimestrielle de l'issue des traitements antituberculeux afin d'inclure les dépistages tardifs.

Indicateur C.1.2.1 Proportion de patients tuberculeux enregistrés dont la séropositivité pour le VIH est connue	
Définition	Proportion de patients tuberculeux enregistrés dont la séropositivité pour le VIH est connue et notée sur le registre des patients par rapport au nombre total de patients tuberculeux dont le statut sérologique est connu, pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée et dont la séropositivité pour le VIH est connue.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période couverte par le rapport et dont le statut vis-à-vis du VIH est connu.
Objet	Évaluer la prévalence de l'infection à VIH parmi les patients tuberculeux. Il est important de connaître la proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH afin de cibler les ressources, la planification stratégique des activités et le suivi de l'efficacité de la prévention du VIH.
Méthodologie	Le statut vis-à-vis du VIH est avéré par le résultat d'un test de dépistage. Les données pour cet indicateur doivent correspondre à l'ensemble des patients tuberculeux dont la séropositivité pour le VIH est connue (qui bénéficient d'une prise en charge de l'infection) ou qui ont présenté un résultat de dépistage négatif considéré comme acceptable par le clinicien (par exemple test effectué il y a 3 à 6 mois dans un laboratoire fiable). Le statut sérologique aura une influence sur le plan de traitement du patient (par exemple dépistage du VIH chez le/la partenaire, orientation vers un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH, prophylaxie au cotrimoxazole, traitement antirétroviral). Un conseil approprié après le dépistage peut réduire le risque de transmission du VIH. Seul le personnel soignant directement chargé des soins doit avoir accès aux informations sur le patient, y compris aux résultats des tests de dépistage. Le personnel de l'établissement et le coordonnateur de district pour la tuberculose doivent être garants de la confidentialité. Le statut vis-à-vis du VIH peut être noté sur les registres des cas de tuberculose de l'établissement et du district, car ceux-ci contiennent déjà des informations sur l'état de santé des patients, mais doit rester confidentiel. Le nombre de nouveaux patients tuberculeux à frottis positif dont la séropositivité pour le VIH est révélée par un dépistage est également rapporté dans une sous-série de données sur les formulaires recommandés par l'OMS pour le bilan trimestriel des cas. ³⁰
Fréquence	Les données sont enregistrées en continu et rapportées et analysées tous les trois mois, au moment de la notification des cas de tuberculose. Une notification supplémentaire au moment du rapport trimestriel sur l'issue des traitements de la tuberculose permet d'effectuer les dépistages du VIH et d'enregistrer les résultats à tout moment pendant le traitement.

³⁰ La proportion de patients séropositifs pour le VIH parmi les nouveaux cas à frottis positif est un indicateur très spécifique qui n'englobe que les diagnostics définitifs de tuberculose et permet de comparer les informations sur la prévalence du VIH parmi les cas de tuberculose à frottis positif.

<p>Atouts et inconvénients</p>	<p>Cet indicateur permet de mesurer la proportion de patients tuberculeux dont la séropositivité pour le VIH est prouvée par un test de dépistage. On peut ainsi proposer à une des interventions spécifiques, par exemple une prophylaxie au cotrimoxazole et des ART, afin de réduire la charge de VIH parmi les patients tuberculeux et leur entourage. Cet indicateur servira de dénominateur pour les indicateurs qui mesurent le recours à ces interventions (voir les indicateurs C.3.1 et C.5.1).</p> <p>Une valeur plus élevée que la moyenne nationale peut indiquer que la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux est en réalité supérieure dans une zone donnée ou que seul les patients pour qui le risque d'infection à VIH est plus grand sont encouragés à se faire dépister. En cas d'écart par rapport aux résultats attendus, il faut entreprendre de plus amples recherches. Si une forte proportion de patients tuberculeux se fait dépister, la valeur de l'indicateur peut fournir une estimation fiable de la véritable prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux³¹ et peut confirmer les données obtenues auprès d'autres sources sur la prévalence de la surveillance du VIH dans la population générale. Ces informations permettent de sensibiliser les responsables politiques et les professionnels au problème de la tuberculose liée au VIH, de cibler les ressources et de planifier les activités. L'indicateur ne permet pas de savoir si les patients sont informés de leur statut vis-à-vis du VIH ou s'ils bénéficient d'un conseil après le dépistage.</p>
<p>Responsabilité</p>	<p>PNLT. Le personnel du PNLT est parfois obligé d'obtenir les résultats des tests de dépistage hors du service de prise en charge de la tuberculose avant de soumettre les rapports trimestriels.</p>
<p>Instruments d'évaluation</p>	<p>Une synthèse de ces données, obtenues dans les registres des cas de tuberculose, est présentée dans des rapports trimestriels de détection des cas. Les données peuvent aussi être relevées dans des rapports trimestriels sur l'issue des traitements afin que les données sur les dépistages tardifs soient incluses dans le dénominateur pour la prophylaxie au cotrimoxazole et les traitements antirétroviraux.</p>

³¹ Pour plus de précisions sur la surveillance de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux, voir les *Directives pour la surveillance du VIH chez les malades tuberculeux*, 2^e éd., Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.339 ; WHO/HIV/2004.06 ; UNAIDS/04.30E).

Indicateur C.1.2.2	
Taux de détection des cas de tuberculose parmi les patients dont la séropositivité pour le VIH est connue	
Définition	Proportion de patients tuberculeux enregistrés dont la séropositivité pour le VIH est connue et notée sur le registre des patients par rapport au nombre annuel estimé de patients tuberculeux séropositifs dans le pays.
Numérateur	Nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée et dont la séropositivité pour le VIH est connue.
Dénominateur	Nombre estimé des cas de tuberculose incidents chez les personnes vivant avec le VIH. ³²
Objet	Cet indicateur permet de savoir dans quelle mesure les programmes nationaux de lutte antituberculeuse détectent les cas de co-infection tuberculose/VIH. Ainsi, les programmes peuvent évaluer la détection des cas de patients tuberculeux et séropositifs pour le VIH et y consacrer davantage d'efforts si le chiffre de l'indicateur est bas. Les programmes de prise en charge de la tuberculose veilleront à ce que le statut vis-à-vis du VIH de tous les patients tuberculeux enregistrés soit connu et à s'attaquer aux autres causes de faible détection des cas de tuberculose en mettant pleinement en oeuvre la Stratégie Halte à la tuberculose. Dans les pays où l'infection à VIH touche surtout les populations à risque (toxicomanes et prostitués, par exemple), une faible détection des cas peut révéler que ces populations n'ont pas suffisamment accès aux services de prise en charge de la tuberculose et de prise en charge du VIH.
Méthodologie	<p>Un patient tuberculeux est considéré comme séropositif pour le VIH dès lors qu'il présente le résultat d'un test de dépistage ou qu'il suit un traitement contre le VIH. L'OMS établit des estimations nationales du nombre de cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur ne doit être appliqué qu'au niveau national ou, exceptionnellement, lorsque des estimations du nombre de cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ont été établies au niveau infranational.</p> <p>Les estimations annuelles par pays du nombre de cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH sont établies par l'unité de l'OMS Suivi et évaluation de la tuberculose à partir des données disponibles les plus fiables et sont publiées dans le Rapport annuel sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Pour les pays où il n'y a pas de dépistage direct ou de données d'enquêtes, l'OMS fait actuellement des mesures indirectes, elle émet des hypothèses en multipliant les données de l'ONUSIDA sur la prévalence du VIH dans le pays par un ratio des taux d'incidence, c'est-à-dire la division du taux d'incidence de la tuberculose parmi les personnes séropositives pour le VIH par le taux d'incidence de la tuberculose parmi les personnes séronégatives, selon une revue de littérature (actualisée périodiquement). Cette méthodologie est expliquée plus en détail dans le Rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Dans les pays où l'on pratique le dépistage systématique du VIH chez les patients tuberculeux, ces estimations sont plus précises.</p>
Fréquence	Les données doivent être recueillies en continu dans les établissements de santé puis rassemblées tous les trois mois et rapportées une fois par an. Le rapport doit être établi pour la dernière année où les données et les estimations nationales étaient disponibles.

³² L'estimation pour cet indicateur figure dans le Rapport annuel de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Il est possible de télécharger le dernier rapport (2009) sur le site <http://www.who.int/tb/publications/fr/index.html>.

<p>Atouts et inconvénients</p>	<p>Cet indicateur permet de trouver les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH à surveiller. Comme pour tous les autres indicateurs concernant la détection des cas, on se heurte à l'incertitude de l'estimation. Les estimations du nombre de cas incidents de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH sont généralement plus précises dans les pays où elles sont fondées sur des données nationales obtenues principalement à l'issue de tests de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, ou grâce à une surveillance sentinelle ou périodique.</p>
<p>Responsabilité</p>	<p><i>PNLT.</i> Avant de soumettre le rapport trimestriel, le personnel du PNLТ devra obtenir les résultats du dépistage du VIH pour les patients tuberculeux orientés hors du service de prise en charge de la tuberculose en vue d'un test.</p>
<p>Instruments d'évaluation</p>	<p><i>Numérateur.</i> Registres des établissements de prise en charge de la tuberculose et rapports trimestriels de détection des cas. Les pays pourront choisir aussi d'enregistrer ces informations pendant l'analyse trimestrielle de l'issue des traitements antituberculeux afin d'inclure les dépistages tardifs.</p> <p><i>Dénominateur.</i> Les estimations annuelles par pays du nombre de cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH sont établies par l'OMS et disponibles sur Internet à l'adresse www.who.int/tb/country/en/.</p>

C.2 Promotion et application de méthodes de prévention du VIH pour les patients tuberculeux

Indicateur C.2.1 Disponibilité de préservatifs gratuits dans les services de prise en charge de la tuberculose	
Définition	Proportion d'établissements de prise en charge de la tuberculose où des préservatifs sont distribués gratuitement.
Numérateur	Nombre total d'établissements de prise en charge de la tuberculose (tout établissement de santé prenant en charge des patients tuberculeux) où des préservatifs sont disponibles (en stock) gratuitement.
Dénominateur	Nombre total d'établissements de prise en charge de la tuberculose évalués. (Préciser aussi le nombre total d'établissements dans le pays pour indiquer la proportion d'établissements évalués.)
Objet	Contrôler la volonté et la capacité des programmes, dans les établissements, à promouvoir la prévention du VIH parmi les patients tuberculeux.
Méthodologie	Pour cet indicateur, les données devraient idéalement être recueillies lors de toutes les visites de supervision effectuées par le responsable de la tuberculose dans le district, et donc être disponibles pour tous les établissements de prise en charge de la tuberculose. Il ne faut recueillir des informations que sur la présence de préservatifs dans les établissements de prise en charge de la tuberculose, sans se soucier du nombre de préservatifs distribués.
Fréquence	Les données doivent être collectées une fois par an, au moment de la visite de supervision et/ou de l'examen externe des programmes de lutte antituberculeuse.
Atouts et inconvénients	Le préservatif est un moyen simple, peu onéreux et efficace de prévenir la transmission du VIH et il doit donc être mis gratuitement à disposition de tous les groupes à risque, y compris les patients tuberculeux, notamment là où l'épidémie d'infection à VIH favorise une épidémie de tuberculose. La disponibilité des préservatifs dans les établissements est simple à mesurer et donne un aperçu de la volonté des établissements de prévenir l'infection à VIH parmi les patients tuberculeux. L'absence de préservatifs gratuits peut être due à un problème de distribution au niveau local ou national ou à un manque de volonté des établissements d'exploiter pleinement les possibilités de prévention du VIH. Cependant, cet indicateur ne donnera aucune information permettant d'expliquer pourquoi les préservatifs ne sont pas disponibles. Pour le savoir, il faudra entreprendre de plus amples recherches. En outre, on pourra savoir si des préservatifs sont disponibles gratuitement mais en aucun cas combien en sont distribués, si ces préservatifs sont utilisés correctement, ni si des efforts sont faits pour prévenir l'infection à VIH. L'indicateur ne donne aucune information sur la capacité des agents de santé à conseiller des pratiques sexuelles sûres ou à lutter contre d'autres comportements à risque chez les patients tuberculeux.
Responsabilité	PNLT.
Instruments d'évaluation	Liste de contrôle de l'établissement.

Note: Dans certaines situations, il peut être utile de créer des indicateurs supplémentaires (en utilisant l'indicateur ci-dessus comme cadre) pour d'autres mesures de prévention du VIH dans les services de prise en charge de la tuberculose; par exemple, lorsque la transmission du VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse est courante, il peut être utile de mesurer la fréquence d'intervention des services de distribution de seringues stériles dans les établissements de prise en charge de la tuberculose.

C.3 Prophylaxie au cotrimoxazole au cours du traitement antituberculeux

Indicateur C.3.1	
Proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH qui bénéficient d'une prophylaxie au cotrimoxazole	
Définition	Proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH qui entament ou poursuivent une prophylaxie au cotrimoxazole pendant le traitement antituberculeux, par rapport à l'ensemble des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée, qui entament ou poursuivent une prophylaxie au cotrimoxazole pendant le traitement antituberculeux.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés au cours de la période considérée.
Objet	Contrôler la volonté et la capacité des programmes à fournir une prophylaxie au cotrimoxazole aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH. Il est important pour les programmes de connaître la proportion de patients tuberculeux séropositifs qui bénéficient de cette thérapie susceptible de leur sauver la vie.
Méthodologie	Le numérateur doit comprendre les patients tuberculeux chez qui une séropositivité pour le VIH a pu être dépistée et qui ont entamé une prophylaxie au cotrimoxazole avant que le diagnostic de tuberculose ne soit posé. Pour pouvoir inclure tous les patients tuberculeux séropositifs qui ont entamé une prophylaxie au cotrimoxazole pendant le traitement antituberculeux, il faudra calculer et rapporter le numérateur à la fin du traitement. Ces données sont rapportées en même temps que les données trimestrielles de cohorte sur l'issue des traitements. L'ajout dans la définition, à des fins de clarification, de l'information selon laquelle les patients reçoivent au moins une dose de cotrimoxazole ne signifie pas qu'une seule dose soit suffisante. Lorsque le traitement préventif est fourni dans le cadre des soins contre l'infection à VIH ou d'autres services, il faut mettre en place un dispositif pour s'assurer que le PNLT garde une trace de cette information.
Fréquence	Pour cet indicateur, les données doivent être recueillies en continu et rapportées et analysées tous les trois mois, à la fin du traitement antituberculeux, en même temps que les données sur l'issue du traitement. En outre, les pays voudront peut-être mentionner s'ils fournissent une prophylaxie au cotrimoxazole dans le rapport trimestriel sur la détection des cas, même s'il est peu probable que cette information corresponde aux données concernant l'ensemble des patients qui prennent ce traitement préventif.
Atouts et inconvénients	La prophylaxie au cotrimoxazole fait baisser la morbidité et la mortalité parmi les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH. Cet indicateur permet de savoir dans quelle mesure les services de prise en charge de la tuberculose peuvent veiller à ce que les patients bénéficient d'une prophylaxie au cotrimoxazole mais il ne donne aucune information ni sur le moment où cette prophylaxie est entamée pendant le traitement antituberculeux ni sur l'observance du traitement. Le PNLT peut aussi choisir d'indiquer l'observance de la prophylaxie au cotrimoxazole même si celle-ci est considérée par les programmes comme moins prioritaire que le traitement antituberculeux. Le recours à la prophylaxie au cotrimoxazole dépendra de la disponibilité des médicaments et de la volonté des agents de santé de fournir ce traitement aux patients tuberculeux séropositifs.
Responsabilité	PNLT.
Instruments d'évaluation	Le numérateur et le dénominateur sont tirés des registres de cas de tuberculose et doivent figurer dans les rapports trimestriels sur l'issue des traitements. Les pays peuvent aussi indiquer s'ils fournissent une prophylaxie au cotrimoxazole dans les rapports trimestriels sur la détection des cas.

C.4 Dispenser des soins et assurer l'accompagnement des personnes touchées par le VIH au cours du traitement antituberculeux

Indicateur C.4.1	
Proportion de patients tuberculeux séropositifs qui bénéficient de services de prise en charge du VIH au cours du traitement antituberculeux	
Définition	Proportion de patients tuberculeux séropositifs qui bénéficient de services de prise en charge du VIH au cours du traitement antituberculeux.
Numérateur	Nombre de patients tuberculeux séropositifs, enregistrés pendant la période considérée, qui bénéficient de services de prise en charge du VIH au cours du traitement antituberculeux.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés au cours de la période considérée.
Objet	Il s'agit d'un indicateur de processus permettant de mesurer la volonté et la capacité des services de prise en charge de la tuberculose de faire bénéficier les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH de services de prise en charge et d'accompagnement.
Méthodologie	Les numéros de registres d'avant traitement antirétroviral et de traitement antirétroviral, qui figurent sur les registres de prise en charge des cas de VIH, sont reportés sur les fiches des patients tuberculeux, suivant la dernière révision des formulaires d'enregistrement et de notification. ³³ Il sera relativement simple pour les programmes de consigner également ces informations sur un registre des cas de tuberculose modifié, en ajoutant une case à cocher. Si cette modification est apportée au registre des cas de tuberculose, le numérateur sera le nombre de patients tuberculeux inscrits pour une prise en charge du VIH pendant la période considérée et le dénominateur sera l'ensemble des patients dont la séropositivité pour le VIH est avérée. Le diagnostic d'infection à VIH peut être posé à tout moment au cours du traitement antituberculeux – et une orientation vers des services spécialisés peut aussi s'imposer à n'importe quel moment pendant le traitement. Il est donc important que les informations correspondant à cet indicateur soient recueillies et rapportées à la fin du traitement, en même temps que les données trimestrielles de cohorte sur l'issue des traitements. Les données peuvent être présentées sous la forme d'un seul indicateur (le nombre de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH orientés vers un service de prise en charge du VIH ou d'accompagnement au cours de leur traitement antituberculeux.
Fréquence	Les données doivent être recueillies en continu et rapportées tous les trois mois, en même temps que les données de cohorte sur l'issue des traitements.
Atouts et inconvénients	Si les patients tuberculeux sont encouragés à se faire dépister, de nouveaux cas d'infection à VIH seront diagnostiqués. Il faut absolument que les patients chez qui on vient de diagnostiquer une infection à VIH bénéficient de conseils appropriés et qu'ils puissent avoir accès à l'éventail complet des services de soins et d'accompagnement proposés aux personnes vivant avec le VIH, comme prévu dans la politique locale et nationale relative à cette infection. Cet indicateur vise à s'assurer que les agents de santé s'occupant de patients tuberculeux veillent à la continuité des soins pour ceux qui sont séropositifs. Dans le processus d'orientation des patients, l'indicateur ne couvre que l'étape de l'inscription et ne permet pas de savoir si les patients ont ensuite effectivement eu recours au service et, dans l'affirmative, s'ils ont bénéficié de soins et d'un accompagnement appropriés. Si la proportion de patients inscrits est faible, il se peut que les services soient insuffisants dans certaines zones ou que le personnel chargé de la tuberculose soit peu engagé dans la lutte contre le VIH, ce dont on se rendra compte facilement quand les services de prise en charge de la tuberculose et ceux de prise en charge du VIH sont pleinement intégrés et se trouvent au même endroit.

³³ *Formulaires et registres d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose – version 2006. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.373) ; disponible à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_TB_2006.373_fre.pdf.*

Responsabilité	PNLT.
Instruments d'évaluation	Registre des cas de tuberculose modifié.

C.5 Accès au traitement antirétroviral

Indicateur C.5.1	
Proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH qui bénéficient d'un traitement antirétroviral pendant le traitement antituberculeux	
Définition	Proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH qui entament ou poursuivent un traitement antirétroviral pendant le traitement antituberculeux, par rapport à l'ensemble des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée, qui ont reçu (qui entament ou qui poursuivent) un traitement antirétroviral.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés au cours de la période considérée.
Objet	Il s'agit d'un indicateur de résultat servant à mesurer la volonté et la capacité des services de prise en charge de la tuberculose de faire bénéficier les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH d'un traitement antirétroviral.
Méthodologie	Les données pour cet indicateur peuvent être prises sur le registre des cas de tuberculose. Pour pouvoir inclure tous les patients tuberculeux qui ont entamé un traitement antirétroviral pendant le traitement antituberculeux, il faudra rapporter les données à la fin du traitement. Dans les cas où les patients tuberculeux sont orientés vers des services de prise en charge du VIH ou d'autres services de soins pour être examinés et entamer un traitement antirétroviral, il faut mettre en place un système pour que le programme de prise en charge de la tuberculose soit informé de l'issue de cette orientation, c'est-à-dire qu'il sache si les patients ont entamé ou non un traitement antirétroviral, et que cette information soit consignée sur un registre des cas de tuberculose modifié ou sur un registre des cas de co-infection tuberculose/VIH. Cette information est importante non seulement pour l'administration du programme mais aussi pour la prise en charge des patients. Le personnel du programme chargé de la tuberculose doit savoir si un patient entame un traitement antirétroviral afin de tenir compte des réactions et des interactions médicamenteuses. Les patients tuberculeux peuvent entamer un traitement antirétroviral à n'importe quel moment pendant le traitement antituberculeux. L'instauration du traitement antirétroviral peut être reportée en raison d'un retard dans le dépistage du VIH ou pour réduire le risque d'interactions médicamenteuses pendant la phase intensive. Les méthodes de recueil des données doivent permettre de savoir, à n'importe quel stade du traitement antituberculeux, si un traitement antirétroviral a été instauré.
Fréquence	Les données doivent être recueillies en continu et rapportées tous les trois mois, en même temps que les données de cohorte sur l'issue des traitements.

<p>Atouts et inconvénients</p>	<p>Les traitements antirétroviraux améliorent considérablement la qualité de vie, réduisent la morbidité et améliorent la survie des patients atteints d'une infection à VIH à un stade avancé ou du sida. Les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH sont l'une des catégories les plus importantes déjà en contact avec les services de santé et chez qui un traitement antirétroviral peut être indiqué, et il faut s'efforcer de recenser et de traiter les personnes susceptibles de bénéficier de ce traitement.</p> <p>Cet indicateur permet de savoir dans quelle mesure les antirétroviraux font partie des soins proposés aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, de connaître l'accessibilité et la disponibilité de ces médicaments, de savoir dans quelle mesure les soignants proposent un traitement antirétroviral dans le cadre des soins de routine et de déterminer l'efficacité du dispositif d'orientation des patients (orientation, prise en charge et suivi par les services de santé des patients tuberculeux enregistrés et justiciables d'un traitement antirétroviral). Il ne permet de savoir ni si les patients reçoivent un traitement adapté, ni à quel moment du traitement antituberculeux la thérapie antirétrovirale est instaurée, ni quelle est l'observance du traitement, ni quelle est la qualité du suivi des patients. L'indicateur ne permet pas non plus de mesurer l'effet des antirétroviraux.</p> <p>Les chiffres attendus pour cet indicateur varient selon les critères nationaux de sélection des patients justiciables d'un traitement antirétroviral et selon qu'il est possible ou non d'effectuer une numération des CD4. Les pays devraient fixer leurs propres cibles pour cet indicateur selon les critères de sélection et le stade de la maladie chez la plupart de patients. Faute de numération des CD4, il faudrait instaurer un traitement antirétroviral chez la plupart des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, sauf ceux qui le refusent ou qui, pour une raison quelconque, ne peuvent pas en bénéficier. Les comparaisons dans le pays et entre les pays faites à l'aide de cet indicateur doivent être interprétées avec prudence.</p>
<p>Responsabilité</p>	<p>PNLT.</p>
<p>Instruments d'évaluation</p>	<p>Le numérateur et le dénominateur sont tirés des registres de cas de tuberculose et doivent figurer dans les rapports trimestriels sur l'issue des traitements. Les pays peuvent aussi indiquer s'ils fournissent un traitement antirétroviral dans les rapports trimestriels sur la détection des cas.</p>

6. Ventilation des indicateurs par âge et par sexe

Justification

Pendant des années, les enfants atteints de tuberculose ont été exclus des pratiques d'enregistrement et de notification, d'où le peu d'informations disponibles au niveau national ou international sur la charge de la maladie les concernant. La tuberculose chez l'enfant est généralement transmise par les parents, le plus souvent par la mère. Dans les pays où la charge du VIH est élevée, celle de la tuberculose parmi les femmes infectées par le VIH en âge de procréer a augmenté, ce qui a à son tour accru le risque d'infection à la fois par la tuberculose et par le VIH chez l'enfant. Les enfants comptent pour environ 10 à 15 % du nombre annuel de cas de tuberculose. Pour faire face à cette charge importante de maladie, des lignes directrices récentes adoptées par l'OMS préconisent que tous les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose notifient désormais les cas de tuberculose chez l'enfant, de préférence pour les deux tranches d'âge suivantes : les moins de 5 ans et les jeunes de 5 à 14 ans.

L'incidence de la tuberculose chez les enfants infectés par le VIH est 20 fois supérieure à celle enregistrée chez les enfants non porteurs du virus, et la morbidité et la mortalité dues à la co-infection tuberculose/VIH sont élevées. Les activités conjointes visant à réduire la charge de la tuberculose chez les enfants infectés par le VIH et à traiter le VIH chez ceux co-infectés par la tuberculose sont les mêmes que pour les adultes. Toutefois, en assurant le suivi de ces activités, il importe de ventiler les données par âge, en distinguant les enfants (de 0 à 14 ans) des adultes. D'une part, il s'agit de s'aligner sur les lignes directrices récentes adoptées par l'OMS pour les programmes nationaux de lutte antituberculeuse.³⁴ D'autre part, certains aspects liés aux services de dépistage du VIH et de conseil, à l'utilisation et à la posologie du cotrimoxazole et de l'isoniazide, ainsi qu'aux traitements antirétroviraux, diffèrent selon l'âge ; en outre, des données ventilées sont nécessaires pour planifier rationnellement la logistique et l'approvisionnement en médicaments et en produits pharmaceutiques.

De même, de plus en plus de cas de co-infection tuberculose/VIH chez les femmes sont signalés, si bien que dans certains pays d'Afrique septentrionale, les femmes représentent une proportion de plus en plus importante des nouveaux cas à frottis positif signalés à l'OMS. Il importe de surveiller la « féminisation » de cette double épidémie de tuberculose et de VIH.

Recommandation

Dans la mesure du possible, tous les indicateurs relatifs aux activités conjointes tuberculose/VIH devraient être ventilés par âge – adultes et enfants de 0 à 14 ans – et par sexe.

³⁴ Formulaires et registres d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose, version 2006. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.373 ; disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_TB_2006.373_fre.pdf).

7. Indicateurs prioritaires

Nombre de pays sont en train d'harmoniser leurs indicateurs de santé grâce aux systèmes d'information pour la gestion sanitaire. On envisage en général de n'inclure qu'un ou deux indicateurs relatifs à la tuberculose et au VIH dans les pays ; il est recommandé d'utiliser les indicateurs figurant dans le Tableau 3 comme indicateurs prioritaires.

Tableau 3. Indicateurs prioritaires concernant les systèmes d'information pour la gestion sanitaire

Indicateur	Justification du choix de l'indicateur
<p>Indicateur B.1.2.1</p> <p>Traitement de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge</p>	<p>Cet indicateur est particulièrement important dans la mesure où des cas de tuberculose non diagnostiqués chez des patients bénéficiant d'une prise en charge du VIH ont invariablement une issue fatale. En outre, identifier et traiter rapidement la tuberculose contribue à lutter contre l'infection pour les partenaires, la famille, d'autres patients et les agents de santé. Si l'on mesure en particulier l'évolution du nombre de cas de tuberculose détectés chez les patients bénéficiant d'une prise en charge du VIH, on contribuera à faire pratiquer un dépistage de la tuberculose chez toutes les personnes prises en charge pour le VIH.</p>
<p>Indicateur C.1</p> <p>Dépistage du VIH chez les patients tuberculeux</p>	<p>Cet indicateur permettra de prévenir le VIH chez les patients tuberculeux et de leur administrer un traitement antirétroviral pour limiter la transmission du virus et la mortalité/morbidité. Il donne en outre une alerte rapidement en cas d'épidémie de VIH et indique la charge de la maladie parmi les patients tuberculeux.</p>
<p>Indicateur C.5.1</p> <p>Traitement antirétroviral pour les patients tuberculeux VIH-positifs</p>	<p>Cet indicateur mesure la disponibilité des services de traitement à la fois de la tuberculose et du VIH pour les patients. Lorsque les services sont disponibles au même endroit ou proches l'un de l'autre, davantage de patients tuberculeux chez qui le VIH a été diagnostiqué sont placés sous traitement antirétroviral.</p>

8. Indicateurs relatifs à l'assurance de la qualité pour la tuberculose et le VIH

On recourt de plus en plus à des indicateurs pour évaluer la qualité des services de santé publique et de prise en charge individuelle. Ces indicateurs devraient permettre de s'assurer que la satisfaction du patient augmente et que la prise de décision en santé publique au niveau infranational contribue à améliorer la qualité de ces services.

Il est recommandé dans le présent guide d'inclure les indicateurs ci-après dans les principaux indicateurs sur l'amélioration de la qualité des soins reçus par les patients atteints de tuberculose/du VIH :

Indicateur B.1.1

Recherche de la tuberculose effectuée chez les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge

Indicateur B.1.2.1

Instauration d'un traitement antituberculeux pour les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge

Indicateur C.1

Dépistage du VIH chez les patients tuberculeux

Indicateur C.5.1

Instauration d'un traitement antirétroviral pour les patients tuberculeux vivant avec le VIH

Ressources supplémentaires

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.

Monitoring and evaluation toolkit: HIV, tuberculosis and malaria and health systems strengthening. Part 1: The M&E system and Global Fund M&E requirements, 3rd ed., Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2009 (disponible à l'adresse : www.theglobalfund.org/documents/me/M_E_Toolkit.pdf).

Organisation mondiale de la Santé. *Formulaires et registres d'enregistrement et de notification des cas de tuberculose—version 2006*. Genève, 2006. WHO/HTM/TB/2006.373. http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_TB_2006.373_fre.pdf.

WHO/HIV/AIDS Monitoring and evaluation publications:
<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/>.

Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles: <http://www.undp.org/french/mdg/about.shtml>.

MEASURE Evaluation, site Web : www.cpc.unc.edu/measure/publications/.

PEPFAR Strategic Information/Monitoring and Evaluation Field Office Web site :
www.globalhiveevaluation.org/.

The use of indicators for communicable disease control at district level. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/CDS/TB/2001.289; disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB_2001.289.pdf).

Rehle T. et al., eds. *Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries: handbook for program managers and decision makers*. Arlington, VA, Family Health International, 2001.

Organisation mondiale de la Santé. *Directives pour la surveillance du VIH chez les malades tuberculeux*. 2^e éd. Genève, 2004. WHO/HTM/TB/2004.339; WHO/HIV/2004.06; UNAIDS/04.30E. http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2004.339_fre.pdf.

PEPFAR Next Generation Indicators Reference Guide, version 2.1 (disponible à l'adresse : <http://www.pepfar.gov/guidance/indicator/index.htm>; site consulté en octobre 2009).

GLOSSAIRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION. Établi par le groupe de travail technique d'évaluation du groupe de référence du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) chargé du suivi et de l'évaluation, juin 2008.
<http://www.globalhiveinfo.org/DigitalLibrary/DigitalLibrary/GlossaryofMonitoringandEvaluationTerms.doc>.

Annexe 1 Suivi et évaluation : aperçu et justification

En quoi consistent le suivi et l'évaluation et pourquoi sont-ils importants ?

Le suivi et l'évaluation jouent un rôle important dans la gestion des programmes de santé, garantissant que les ressources allouées à un programme sont bien utilisées, que les services sont accessibles, que les activités se déroulent en temps opportun et que les résultats escomptés ont bien été obtenus. Cette fonction de gestion facilite l'utilisation la plus efficace et efficiente possible des ressources humaines et financières afin d'obtenir des résultats de santé optimaux pour les populations concernées – en particulier dans les régions disposant de ressources limitées.

Le **suivi** permet de mesurer **systématiquement** la performance des services et des programmes à l'aide d'informations sur les ressources, processus et résultats, collectées régulièrement à partir des lignes directrices établies, des registres courants, des systèmes de notification et de surveillance régulières, et de l'observation occasionnelle des établissements de santé et d'enquêtes auprès des patients. Cette information permet d'évaluer dans quelle mesure une politique ou un programme atteint les objectifs qu'il s'est fixés dans les délais impartis pour telle ou telle activité. Dans un système de suivi et d'évaluation bien conçu, le suivi contribuera dans une large mesure à l'évaluation.

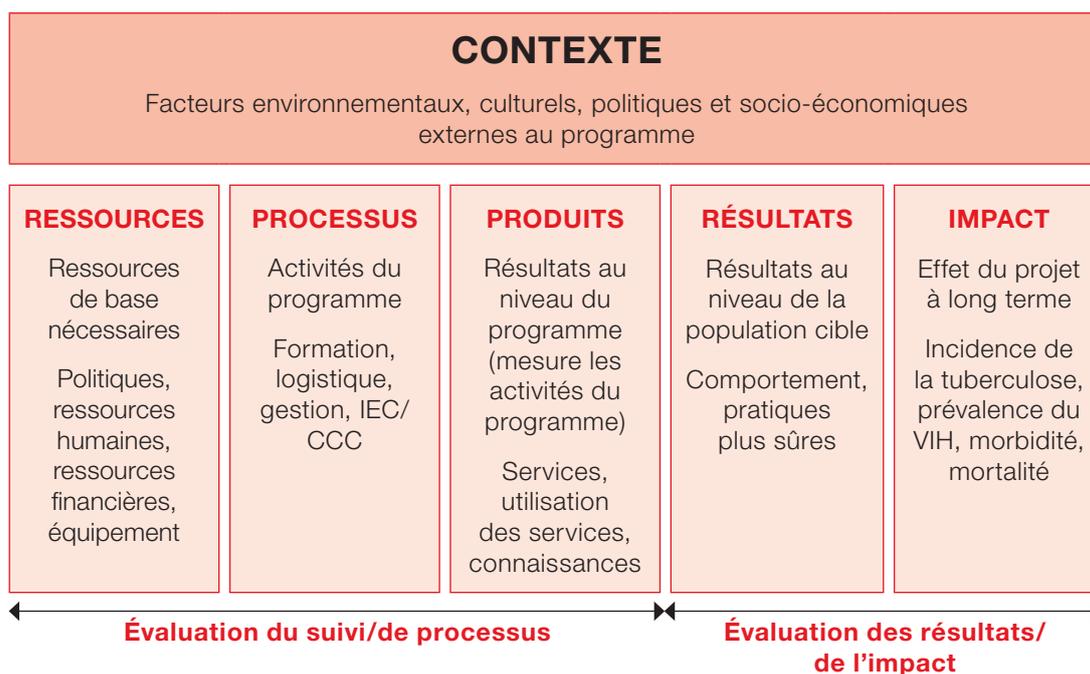
L'**évaluation** consiste à évaluer **ponctuellement** les résultats qui peuvent être attribués aux activités menées au titre des programmes ; elle utilise des données du suivi et bien souvent des indicateurs qui ne sont pas collectés par les systèmes d'information courants. L'évaluation permet d'examiner les causes empêchant d'obtenir les résultats escomptés dans les délais et d'apporter toute correction nécessaire à mi-parcours. L'**évaluation de processus** évalue les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des programmes et dans la couverture obtenue. L'**évaluation des résultats et de l'impact** mesure les effets des activités relevant des programmes sur la population cible.

Le suivi et l'évaluation sont le plus souvent planifiés et exécutés par le personnel des programmes de lutte antituberculeuse et anti-VIH ou par le personnel de services de santé généraux, mais, dans certains cas – en particulier lors de l'évaluation ou de l'examen d'un programme –, on fait appel à des consultants ou des experts externes.

Cadre du suivi et de l'évaluation

Les volets ci-dessus sont rassemblés dans un cadre qui constitue la base d'un plan complet de suivi et d'évaluation. Ce cadre est un graphique expliquant les liens entre les éléments du programme. Le cadre le plus souvent utilisé pour sélectionner des indicateurs de suivi et d'évaluation est celui présenté à la Figure A.1.1, qui comprend des ressources, processus, produits, résultats et impacts.

Pour qu'un programme ou un projet atteigne ses objectifs, les **ressources**, par exemple les ressources financières, le personnel disponible et les politiques, doivent aboutir à des **produits** – stocks de médicaments et systèmes d'approvisionnement, services nouveaux ou services améliorés, personnel qualifié. Ces produits résultent souvent de processus spécifiques, par exemple des sessions de formation du personnel, qui constituent des activités essentielles visant à obtenir les produits escomptés. Si ces produits sont bien conçus et qu'ils desservent les populations auxquelles ils étaient destinés, le programme ou le projet aura des chances de produire des effets ou **résultats** positifs à court terme, comme un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH dépistées pour la tuberculose ou de patients tuberculeux dépistés pour le VIH. Ces résultats positifs à court terme devraient entraîner des changements dans l'**impact** à long terme des programmes, se traduisant par exemple par une incidence moindre de la tuberculose ou du VIH (se reporter au Glossaire, page vii pour des définitions plus complètes).

Figure A.1.1 Cadre de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation montrent l'impact des mesures et des ressources engagées au titre du programme sur la réalisation des objectifs fixés, fournissant aux gestionnaires et aux décideurs à tous les niveaux les informations pertinentes dont ils ont besoin pour agir, par exemple élaborer des politiques, fixer les priorités, établir la planification stratégique, concevoir et mettre en oeuvre les programmes et les projets, et allouer ou réallouer les ressources. Le suivi et l'évaluation débouchent souvent sur une pléthore d'informations de qualité variable. Ces informations doivent être soigneusement choisies en fonction de leur intérêt par rapport à la tâche concernée et doivent être analysées et présentées de manière accessible, compréhensible, logique et cohérente, en étant adaptées à chaque public, décideurs ou grand public, par exemple. La diffusion à grande échelle des résultats appropriés du suivi et de l'évaluation peut encourager la transparence et obliger à justifier son action, de même qu'elle peut promouvoir une culture de l'apprentissage grâce à la diffusion et à l'application des meilleures pratiques. C'est particulièrement le cas d'une nouvelle stratégie dont on a acquis une expérience limitée.

Étapes de l'élaboration d'un plan de suivi et d'évaluation

1. Recenser les buts et les objectifs du programme
2. Mettre au point un cadre de suivi et d'évaluation
3. Définir et choisir des indicateurs pertinents
4. Identifier les sources et les méthodes de collecte de données
5. Élaborer un plan de mise en oeuvre du suivi et de l'évaluation

Il se peut que les systèmes indépendants qui permettent de suivre et d'évaluer les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH ne rendent pas bien compte des efforts déployés par ces programmes pour mettre en oeuvre des activités conjointes tuberculose/VIH ou qu'ils fassent double emploi; ils n'ont peut-être pas les mêmes besoins en matière de collecte de données et peuvent rencontrer des difficultés pour évaluer la performance de ces activités dans leur ensemble. Ces deux programmes doivent se mettre d'accord sur les besoins de données, les définitions des indicateurs et la répartition des responsabilités pour garantir un suivi et une évaluation efficaces. Il est essentiel d'établir un groupe d'indicateurs de base, notamment des indicateurs qui incitent à agir, pour que ces programmes puissent oeuvrer efficacement de concert.

Indicateurs

Un indicateur est une variable utilisée pour mesurer les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts, objectifs et cibles des programmes, permettant aux responsables d'évaluer les résultats obtenus par rapport à des étalons de référence. Il s'agit d'une mesure spécifique de la performance des programmes qui est observée dans le temps grâce au système de suivi. La valeur d'un indicateur en soi est habituellement de peu d'utilité; toutefois, des valeurs ou des changements inattendus de l'indicateur laissent penser qu'il est utile de poursuivre les recherches.

La plupart du temps, les indicateurs sont choisis et les cibles fixées pendant le processus de planification des programmes. Le choix des indicateurs dépendra également du type de services à offrir et de la capacité des programmes à mener un suivi et une évaluation. On trouvera dans le Tableau A.1.1 des critères de sélection types pour déterminer la pertinence de tel ou tel indicateur.

Tableau A.1.1 Critères de sélection des indicateurs^a

Valables	Les indicateurs doivent mesurer efficacement la situation ou l'événement qu'ils sont censés évaluer.
Fiables	Les indicateurs doivent être objectifs et produire les mêmes résultats lorsqu'ils sont utilisés plus d'une fois pour mesurer une situation ou un événement identique, toutes choses égales par ailleurs (par exemple à l'aide des mêmes méthodes/outils/ instruments).
Spécifiques	Les indicateurs doivent mesurer uniquement les situations ou événements qu'ils sont censés évaluer.
Sensibles	Les indicateurs doivent rendre compte des changements d'état des situations ou des événements observés.
Opérationnels	Les indicateurs peuvent être mesurés à l'aide de définitions élaborées et testées au niveau du programme, et conformément à des normes de référence.
Financièrement abordables	Les coûts engagés pour mesurer les indicateurs doivent être raisonnables.
Faisables	Il doit être possible de procéder à la collecte de données proposées dans les conditions normales du programme.
Mesurables	Les indicateurs doivent être mesurés de manière objective.
Comparables	Les indicateurs doivent être comparables dans le temps et entre les différentes zones géographiques.

^a Adapté de *Développement de l'évaluation des programmes de santé: rapport du Directeur général*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (document A31/10).

Annexe 2 Liste de contrôle pour le profil de pays et l'analyse de la situation

Information propre à chaque maladie

- Charge du VIH.
- Charge de la tuberculose.
- Couverture des programmes DOTS.
- Prise en charge des cas de tuberculose et issue de la maladie.
- Couverture du traitement antirétroviral.

Évaluation des mécanismes de collaboration tuberculose/VIH

- Prise en compte des liens entre la tuberculose et le VIH dans la politique nationale de lutte antituberculeuse et anti-*VIH*.
- Existence d'un organisme de coordination des activités tuberculose/*VIH* efficace à tous les niveaux.
- Existence d'une planification commune au niveau national entre le PNL*T* et le PNL*S* pour les activités conjointes tuberculose/*VIH*.
- Existence de matériels d'information, d'éducation et de communication communs tuberculose/*VIH* dans les services de prise en charge de la tuberculose et du *VIH*.
- Existence d'un système national de suivi et d'évaluation intégré pour les activités conjointes tuberculose/*VIH* qui contribue à définir les cycles de planification annuelle des PNL*T* et des PNL*S*, et les plans à moyen terme (3 à 5 ans).

Évaluation des systèmes existants de surveillance et de suivi dans les pays

- Système de surveillance du *VIH* chez les patients tuberculeux :
 - données issues du dépistage systématique du *VIH*,
 - surveillance sentinelle,
 - enquêtes périodiques spéciales.
- Système de suivi de l'incidence de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le *VIH*.
- Système visant à établir des liens entre les bases de données sur la notification des cas de *VIH* et de tuberculose.

Couverture géographique des activités conjointes tuberculose/VIH

- Activités visant à réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le *VIH*.
- Disponibilité des services de dépistage du *VIH* et de conseil dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose.
- Activités destinées à diminuer la charge du *VIH* chez les patients tuberculeux.
- Activités proposées dans le cadre des services de dépistage du *VIH* et de conseil ou d'une prise en charge et d'un accompagnement.
- Ensemble complet d'activités conjointes tuberculose/*VIH*.

Étude des parties prenantes à la prestation de services tuberculose/VIH

- Financement des activités de lutte contre la tuberculose/le *VIH*.

Annexe 3 Récapitulatif des indicateurs évalués par le programme de lutte contre le VIH dans les établissements de soins

Indicateur et définition	Numérateur et dénominateur	Sources des données	Niveau	Fréquence
Indicateur B.1.1 Proportion d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, chez qui une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de la dernière visite pendant la période considérée, par rapport au nombre total d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH et ayant consulté pendant cette période.	<i>Numérateur</i> : nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, chez qui une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite pendant la période considérée. <i>Dénominateur</i> : nombre total d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH et ayant consulté pendant la période considérée.	Registres de prise en charge du VIH : registres pré-TARV et TARV	Pays, régions, districts, établissements	Recueil des données en continu ; rapports trimestriels
Indicateur B.1.2.1 Proportion d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH ayant entamé un traitement antituberculeux, par rapport au nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, pendant la période considérée.	<i>Numérateur</i> : nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH ayant entamé un traitement antituberculeux pendant la période considérée. <i>Dénominateur</i> : nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH pendant la période considérée.	Registres de prise en charge du VIH : registres pré-TARV et TARV	Pays, régions, districts, établissements	Recueil des données en continu ; rapports trimestriels
Indicateur B.1.2.2 Pourcentage estimatif de cas incidents de tuberculose liés à une séropositivité pour lesquels un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH ont été instaurés.	<i>Numérateur</i> : nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programme national de lutte contre la tuberculose) au cours de l'année où le rapport est soumis. <i>Dénominateur</i> : nombre estimatif de cas incidents de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.	Registres de prise en charge du VIH, registres TARV	National	Recueil des données en continu ; données communiquées tous les ans
Indicateur B.2.1 Proportion d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits sur les registres du VIH ayant entamé un traitement pour une infection tuberculeuse latente – prophylaxie à l'isoniazide –, par rapport au nombre total d'enfants et d'adultes nouvellement inscrits sur les registres du VIH, pendant la période considérée.	<i>Numérateur</i> : nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits sur les registres du VIH ayant entamé une prophylaxie à l'isoniazide (à raison d'une dose) pendant la période considérée. <i>Dénominateur</i> : nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits sur les registres du VIH pendant la période considérée.	Registre pré-TARV : (tous les patients nouvellement inscrits doivent figurer sur les registres pré-TARV). L'enregistrement direct sur les registres TARV peut faire partie des adaptations auxquelles procéderont les pays.	Pays, régions, districts, établissements	Recueil des données en continu ; rapports trimestriels
Indicateur B.3.1 Proportion d'établissements de santé offrant des services aux personnes vivant avec le VIH et respectant des pratiques de lutte contre l'infection attestées, notamment de lutte antituberculeuse, par rapport au nombre total d'établissements de santé évalués.	<i>Numérateur</i> : Nombre d'établissements de santé respectant des pratiques de lutte contre l'infection attestées, notamment de lutte antituberculeuse, qui soient conformes aux recommandations internationales. <i>Dénominateur</i> : Nombre total d'établissements de santé évalués (mentionner également le nombre total de chaque type d'établissement au niveau national pour indiquer la proportion évaluée).	Visite des établissements dans le cadre de la supervision régulière ou de l'examen externe	Pays, régions, districts, établissements	Annuelle
Indicateur B.3.2 Proportion d'agents de santé employés dans des établissements dispensant des soins aux personnes vivant avec le VIH qui contractent la tuberculose en une année, par rapport au nombre total d'agents de santé employés dans des établissements dispensant des soins aux personnes vivant avec le VIH pendant cette même année.	<i>Numérateur</i> : Nombre d'agents de santé employés dans des établissements assurant une prise en charge du VIH qui contractent la tuberculose en une année. <i>Dénominateur</i> : Nombre total d'agents de santé employés dans des établissements assurant une prise en charge du VIH pendant cette même année.	Visite des établissements dans le cadre de la supervision régulière ou de l'examen externe	Pays, régions, districts, établissements	Annuelle

Annexe 4 Récapitulatif des indicateurs évalués par le programme de lutte antituberculeuse dans les établissements de soins

Indicateur et définition	Nominateur et dénominateur	Sources des données	Niveau	Fréquence
Indicateur C.1.1 Pourcentage de patients tuberculeux dont le résultat du test de dépistage du VIH ^a est noté sur le registre des cas de tuberculose.	<i>Nominateur</i> : nombre de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée et dont le résultat du test de dépistage du VIH est noté sur le registre des cas de tuberculose. <i>Dénominateur</i> : nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée.	Registre des cas de tuberculose	Pays, régions, districts, établissements	Recueil des données en continu; rapports trimestriels
Indicateur C.1.2.1 Proportion de patients tuberculeux enregistrés dont la séropositivité pour le VIH est connue et notée sur le registre des patients par rapport au nombre total de patients tuberculeux dont le statut sérologique est connu pendant la période considérée.	<i>Nominateur</i> : nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée et dont la séropositivité pour le VIH est connue. <i>Dénominateur</i> : nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période couverte par le rapport et dont le statut vis-à-vis du VIH est connu.	Registre des cas de tuberculose	Pays, régions, districts, établissements	Recueil des données en continu; rapports trimestriels
Indicateur C.1.2.2 Proportion de patients tuberculeux enregistrés dont la séropositivité pour le VIH est connue et notée sur le registre des patients par rapport au nombre annuel estimé de patients tuberculeux séropositifs dans le pays.	<i>Nominateur</i> : nombre total de patients tuberculeux enregistrés pendant la période considérée et dont la séropositivité pour le VIH est connue. <i>Dénominateur</i> : nombre estimé de cas de tuberculose incidents chez les personnes vivant avec le VIH.	Pour le numérateur, les données sont tirées du registre des cas de tuberculose. Pour le dénominateur, les données sont tirées des estimations publiées par l'OMS (Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde).	National	Recueil des données en continu; rapports annuels
Indicateur C.2.1 Proportion d'établissements de prise en charge de la tuberculose où des préservatifs sont distribués gratuitement.	<i>Nominateur</i> : nombre total d'établissements de prise en charge de la tuberculose (tout établissement de santé prenant en charge des patients tuberculeux) où des préservatifs sont disponibles (en stock) gratuitement. <i>Dénominateur</i> : nombre total d'établissements de prise en charge de la tuberculose évalués.	Visite des établissements dans le cadre de la supervision régulière ou de l'examen externe	Pays, régions, districts, établissements	Annuelle
Indicateur C.3.1 Proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH qui entament ou poursuivent une prophylaxie au cotrimoxazole pendant le traitement antituberculeux, par rapport à l'ensemble des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée.	<i>Nominateur</i> : nombre de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée, qui entament ou poursuivent une prophylaxie au cotrimoxazole pendant le traitement antituberculeux. <i>Dénominateur</i> : nombre total de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés au cours de la période considérée.	Registre des cas de tuberculose	Pays, régions, districts, établissements	Recueil des données en continu; rapports trimestriels
Indicateur C.4.1 Proportion de patients tuberculeux séropositifs qui bénéficient de services de prise en charge du VIH au cours du traitement antituberculeux.	<i>Nominateur</i> : nombre de patients tuberculeux séropositifs, enregistrés pendant la période considérée, qui bénéficient de services de prise en charge du VIH au cours du traitement antituberculeux. <i>Dénominateur</i> : nombre total de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés au cours de la période considérée.	Registre des cas de tuberculose	Pays, régions, districts, établissements	Recueil des données en continu; rapports trimestriels
Indicateur C.5.1 Proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH qui entament ou poursuivent un traitement antirétroviral pendant le traitement antituberculeux, par rapport à l'ensemble des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée.	<i>Nominateur</i> : nombre de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée, qui ont reçu (qui entament ou qui poursuivent) un traitement antirétroviral. <i>Dénominateur</i> : nombre total de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés au cours de la période considérée.	Registre des cas de tuberculose	Pays, régions, districts, établissements	Recueil des données en continu; rapports trimestriels

^a Y compris les patients tuberculeux dont la séropositivité est déjà connue (par exemple grâce à un document prouvant que la personne bénéficie de soins pour une infection à VIH) ou qui présentent un résultat de dépistage négatif considéré comme acceptable par le clinicien (par exemple dépistage effectué depuis 3 à 6 mois dans un laboratoire fiable).



**Organisation
mondiale de la Santé**

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Organisation Mondiale de la Santé

20 Avenue Appia CH-1211 Genève 27 Suisse

Département Halte à la tuberculose

Courriel : tbdocs@who.int

Site internet : <http://www.who.int/tb/publications/2009/en/index.html>

Département VIH/SIDA

Courriel : hiv-aids@who.int

Site Internet: <http://www.who.int/hiv/pub/en/>

