

**ANNEXE 2B: FEUILLES DE ROUTE PAYS D'AFRIQUE FRANCOPHONE**

ATELIER POUR LE PASSAGE A ECHELLE DES ACTIVITES DE  
COLLABORATION TB/VIH - DAKAR SENEGAL JUILLET 1-3, 2009

ANGOLA

Interventions	ACTIVITE	RESPONSABLE	RESSOURCES DISPONIBLES	SOURCE DE FINANCEMENT	PERIODE 2010				Assistance Technique
					T1	T2	T3	T4	
Mettre en place les mécanismes de collaboration									
Mécanismes de collaboration	Mettre en place un organe de coordination	Chef du PNCT Chef INLS	A mobiliser	OGE CDC	X				
	Elaborer un plan d'action des activités de collaboration TB-VIH								Oui
	Organiser réunions de coordination								
	Actualiser et harmoniser les outils de collecte des données	INLS et PNCT				X			Oui
Réduire la charge de morbidité due a l'infection VIH chez les patients tuberculeux									
Conseil et dépistage volontaire du VIH parmi les tuberculeux	Rendre disponible les Tests HIV dans .....CDT	INLS	oui	OGE, CDC, GF	X				
	Former le personnel	INLS et PNCT	A mobiliser		X	X	X	X	
Mettre en place le traitement	Rendre disponible le co-trimoxazole	PNCT	A mobiliser	OGE, CDC, GF	X	X	X		

préventif au co-trimoxazole	Former le personnel	PNCT						X	
Appliquer les méthodes de prévention du VIH	Dvp matériel IEC	PNCT	A mobiliser	OGE, CDC, GF	X	X	X	X	Oui
	Rendre disponible Préservatifs et les distribuer dans les CDT								
	Soins et support aux patients co-infectés								
	Former le personnel								
Mettre en place le traitement ARV	Rendre disponible ARV pour les patients co-infectés	INLS et PNCT	A mobiliser	OGE, CDC, GF	X	X	X	X	
	Mettre sous ARV les patients éligibles et assurer le suivi	INLS et PNCT							
	Former le personnel	INLS et PNCT							
Réduire la charge de morbidité TB chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA									
Intensifier le dépistage de la TB chez les PVV	Former les conseillers	INLS et PNCT	A mobiliser	OGE, CDC, GF	X	X	X	X	
	Elaborer un guide de screening (Questionnaire)								
	Mettre en place le système de référence								
	Renforcer le plateau technique des hôpitaux pour le diagnostic de la TB ( RX)								

Contrôle de l'infection	Analyse de la Situation	PNCT	A mobiliser	OGE, CDC, GF	X	X	X	X	
	Elaborer un plan de contrôle de l'infection								
Prévention de la TUB parmi les PVV	TTT préventif INH aux PVV	PNCT et INLS	A mobiliser	OGE, CDC, GF	X	X	X	X	
	Faire IDR	PNCT							
	Former le personnel de santé sur IDR	PNCT							
Plaidoyer et communication sociale	Réalisation de KAP	PNCT	A mobiliser	OGE, CDC, GF				X	Oui
	Promotion et dissémination de la charte des patients	PNCT	A mobiliser	OGE, CDC, GF			X	X	Oui

## BENIN

### **1. Introduction**

Le Bénin est un pays de l'Afrique de l'ouest limité au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique.

Il a une superficie de 114 763 km<sup>2</sup>. La population est estimée à 8 290 317 habitants en 2009. Elle est inégalement répartie avec de vastes étendues peu habitées au Nord tandis que les zones du Sud sont surpeuplées (densité : 570 à 8419 habitants au Km<sup>2</sup> au sud, contre 20 à 27 Habitants au Km<sup>2</sup> au nord).

Le Bénin est découpé en 77 communes et 512 arrondissements. La pyramide sanitaire est organisée sur le découpage administratif avec 34 zones sanitaires.

### **2. Epidémiologie de la situation TUB et VIH**

- Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 1,7% en 2007
- Taux de prévalence chez les patients tuberculeux est de 17% .
- Taux de détection des cas à microscopie positive est de 78%.
- Le taux de succès thérapeutique au sein des patients TPM+ dépistés en 2007 est de 87%.

Les indicateurs de TB/VIH sont :

- Taux d'acceptation du test du VIH chez les TB TTF et les TPM+ : respectivement 96% et 97% en 2008
- Taux de mis sous CTM : 94%
- Taux de mis sous ARV : 44%

Les facteurs de risque :

### **3. Objectifs**

Objectif général:

Réduire la charge de morbidité due à la tuberculose et au VIH parmi les populations touchées par ces deux maladies

Objectifs spécifiques

- 1- Créer le cadre institutionnel d'intégration des activités de collaboration TB/VIH
- 2- Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVV
- 3- Réduire la charge de morbidité due l'infection VIH chez les patients TB

### **4. Les actions en cours**

- Existence d'un comité de pilotage TB/VIH au niveau central
- Surveillance de la prévalence du VIH parmi les tuberculeux
- Suivi-Evaluation
- Contrôle de l'infection

- Conseil et dépistage du VIH
- Prévention du VIH
- Prévention des IO au co-trimoxazole
- Traitement antiretroviral

## **5. Actions pour passage à échelle**

- Elaborer et vulgariser le plan stratégique sectoriel santé de lutte contre le VIH/Sida
- Mise en place au niveau central et intermédiaire d'une cellule de coordination des activités des trois programmes prioritaires (TB, VIH et Palu)
- Elaborer une planification conjointe des activités de formations, de supervision, d'approvisionnement, etc....
- Intensifier le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH
- Réaliser l'étude opérationnelle de faisabilité du traitement préventif de la TB à l'INH chez les PVVIH
- Mettre en œuvre les recommandations de l'étude opérationnelle de faisabilité
- Créer un partenariat avec les ministères de la justice et de l'éducation dans le cadre de la maîtrise de l'infection TB et du VIH (confier aux unités focales VIH de ces ministères les activités relatives à la prévention de la TB)
- Etendre l'accès à la thérapie antirétrovirale à tous les CDT
- Harmoniser les indicateurs TB/VIH et répartir les responsabilités de collecte des données nécessaires au calcul de ces indicateurs

Interventions	ACTIVITE	RESPONS ABLE	RESSOURC ES DISPONIBL ES	SOURCE DE FINANCEM ENT	PERIODE			
					T1	T2	T3	T4
Mécanismes de collaboration	Actualiser l'arrêté ministériel portant création, attributions et fonctionnement du comité de pilotage PNLS/PNT	PNLS/PN T	PM		x			
	Vulgariser le plan stratégique sectoriel santé de lutte contre le VIH/sida	PNLS	Non	A chercher	x			
	Organiser par semestre les réunions de comité de pilotage alternativement aux niveaux central et intermédiaire	PNT/PNL S	Non	A chercher	x	x	x	x
Conseil et dépistage volontaire du VIH parmi les TB								
Contrôle de l'infection	Réviser les cahiers de charge des unités focales VIH en intégrant les aspects TB	PNT/CNL S/PNLS	Non	A chercher	x			
	Former les membres des unités focales sur la prévention TB	PNT/PNL S	Non	A chercher	x			
	Actualiser les plans d'actions des unités focales	UFLS	PM	PM		x		
Prévention, recherche et diagnostique de la TUB parmi les PVV								
Plaidoyer et communication sociale								

## **6. Défis**

- 1- D'ici 2010, la coordination des activités anti-TB/VIH est mise en place aux niveaux central et intermédiaire et garantit la collaboration entre le PNT et le PNL
- 2- D'ici 2010, le plan conjoint des activités de collaboration TB/VIH est élaboré

## **7. Partenariat et mobilisation des ressources**

Budget National, PMLSII, Fonds Mondial et autres partenaires

## **8. Perspectives**

- Pérenniser les activités de collaboration TB/VIH
- Etendre la couverture des activités de collaboration TB/VIH à tout le système sanitaire

## **9. Besoins en assistance technique**

Besoins à identifier par les comités de pilotage du niveau national et intermédiaire

## BURKINA FASO

### **1. Introduction**

- Superficie 274 200 km<sup>2</sup>
- 14.899.803 habitants en 2008
- PNB: 268 USD
- 13 Régions Sanitaires
- 63 Districts Sanitaires
- 13 régions et 63 Districts Sanitaires
- 82 CDT intégrés dans les hôpitaux
- Stratégie DOTS depuis 1995
- Couverture 100% du pays
- Important réseau des associations
  - Information/Sensibilisation
  - Accompagnement des patients

### **2. Epidémiologie de la situation TUB et VIH**

- Détection des cas (en 2008) : 3972 toutes formes confondues, 2737 NC TPM+
- Taux de succès du traitement chez les NC TPM+ à 72%
- HIV prévalence : 1,6% (ONUSIDA, 2008)

- Prévalence du VIH
  - chez les TTF NC: 25,1% (en 2007)      ↷ 23,6% (en 2008)
  - Chez les TPM+ NC: 19% (en 2007)      ↷ 18% (en 2008)

### 3. Objectifs

#### ■ OBJECTIF GENERAL

Réduire la morbidité et la mortalité liées à la co-infection TB/VIH au Burkina Faso.

#### ■ OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Renforcer la collaboration entre le Comité Ministériel de lutte contre le VIH/Sida/ Secteur Santé et le Programme National de lutte contre la tuberculose,
2. Intensifier la détection de la TB chez les PVVIH,
3. Assurer le diagnostic du VIH chez au moins 90 % des tuberculeux,
4. Assurer la prise en charge médicale des patients co-infectés par la tuberculose et le VIH (IO, ARV),
5. Assurer le suivi-évaluation des activités de co-infection TB/VIH.

### 4. Les actions en cours

- Fonctionnement de la cellule de coordination TB/VIH au niveau central
- Plan concerté 2007-2009
- Plan de monitoring TBVIH
- Guide technique /Formation TBVIH
- Questionnaire pour recherche active TB
- Subvention des examens de radiographies pulmonaires
- Prévention par l'isoniazide en fonction du médecin traitant
- Existence d'une politique du contrôle de l'infection
- Aération des salles hospitalisation & CDT
- Prise en compte de TB dans les prisons
- Port de masques
- dépistage VIH chez TB (81% en 2008)
- Agents des CDT formés et recyclés sur le VIH
- Disponibilité des intrants VIH pour les laboratoires
- Counselling (promotion de l'utilisation du préservatif)
- Référence & contre référence des patients TB/VIH
- Mise des patients TB VIH sous cotrimoxazole (92% en 2008)
- Prise en charge communautaire des patients TB/VIH
- Soutien aux patients (alimentaire, subvention pour les examens de radio et examens biologiques)
- Disponibilité des ARV
- Disponibilité des compteurs CD4
- Gratuité des ARV et CD4 pour les TBVIH

### 5. Actions pour passage a échelle

Interventions	Activité	Responsable	Ressources disponibles	Source de financement	Période				
					T4 2009	T1 2010	T2 2010	T3 2010	T4 2010
Mécanismes de collaboration	Evaluer le plan TB VIH 2007-2009	Cellule TB/VIH	oui	Fonds Mondial (FM)	X				
	Elaborer le plan TBVIH 2010-2012	Cellule TB/VIH	oui	Fonds Mondial (FM)		X			
Prévention, recherche et diagnostique de la TUB parmi les PVVIH	Superviser les agents pour l'utilisation effective du questionnaire de recherche active de la TB	Cellule TB/VIH	oui	FM		X	X	X	X
	Contribuer à la disponibilité des examens de radio dans les CMA déficitaires	Cellule TB/VIH	oui	Gouvernement		X	X	X	X
	recycler des radiologues à l'interprétation des radiographies	Cellule TB/VIH	oui	Agence Française de Développement		X			
	Former les prescripteurs du privé à la détection active de la TB chez PVVIH	Cellule TB/VIH	oui	FM		X			
Traitement préventif à l'isoniazide chez les PVVIH	Recherche documentaire sur les évidences scientifiques	Cellule TB/VIH	oui	FM	X	X			
	Réunions pour le plaidoyer en faveur d'une directive harmonisée et standard du traitement préventif à l'INH.	Cellule TB/VIH	oui	FM		X			
Conseil et dépistage volontaire du VIH parmi les TB	Améliorer la coordination de l'approvisionnement en intrants VIH	Cellule TB/VIH	oui	-		X	X	X	X
Contrôle de l'infection tuberculeuse	Réunions pour implication des décideurs des établissements de santé	Cellule TB/VIH	oui	OMS		X			
	Elaboration d'un plan de contrôle de l'infection.	Cellule TB/VIH	oui	OMS		X			

## 6. Défis

- Meilleure prise en compte de la coordination TB et VIH aux niveaux régional et périphérique
- Elaborer le plan 2010-2012
- utilisation effective du questionnaire standard pour la détection active de la TB chez les PVVIH
- Accès géographique et financier à la radiographie
- Recyclage des radiologues à l'interprétation des radiographies
- Implication du privé dans la détection active de la TB chez les PVVIH
- Mise en œuvre d'une directive Standard du traitement préventif à l'INH
- Implication des décideurs des établissements de santé dans le contrôle de l'infection tuberculeuse
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de contrôle de l'infection.
- Amélioration de la coordination de l'approvisionnement en intrants VIH dans les laboratoires.
- Disponibilité permanente des préservatifs dans les CDT
- Maintien du système d'approvisionnement en cotrimoxazole
- Financement pour le soutien aux patients (appui alimentaire, subvention pour les examens de radio, pour le suivi biologique)
- Formation/recyclage des agents communautaires
- Renforcement de l'organisation des services pour la disponibilité et accessibilité des ARV et CD4.

## 7. Partenaires potentiels pour la mobilisation des ressources

- Gouvernement Burkinabè
- FM
- OMS
- ONUSIDA
- Coopération bilatérale
- communauté

## 8. Perspectives

- Appropriation par tous les acteurs nationaux
- Finalisation de l'outil de planification et de budgétisation
- Transmission à l'OMS

## 9. Besoin en assistance technique

Pour la validation des données manquantes collectées et la finalisation de l'outil de planification & de budgétisation (10 jours d'expertise, octobre 2009).

BURUNDI

ACTIVITE CONJONTE TB/VIH	ETAT ACTUEL	DEFIS	PRIORITES	BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUES ET FINANCIERS	
				Technique	Financiers
<b>Mettre en place les mécanismes de collaboration</b>					
<b>Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH</b>	Existence d'une Comité national de coordination des activités TB /VIH 1	Le comité n'est pas fonctionnel  Ce comité n'est pas représenté au niveau des bureaux provinciaux de santé et au niveau des districts sanitaires	Redynamisation de la cellule nationale existante  Création d'une sous commission technique composée de 6 membres: 2 membres du côté VIH et 2 membres du côté TB et deux unités de l'OMS pays et du FHI  Création d'une cellule de coordination au niveau des districts	Non	Oui pour les réunions trimestrielles de la cellule de coordination et les réunions mensuelles de la sous commission technique Une descente pur installation des équipes des BDS (budget à mobiliser)
<b>Surveiller la prévalence du VIH chez les patients TB</b>	Surveillance de la prévalence du VIH chez les malades tuberculeux existe mais basé sur le dépistage de	Absence de directives nationales sur la prise en charge de la coinfection TB/VIH  Absence du plan conjoint	Développer un plan par la sous commission technique  Mise en place des directives TB/VIH et Modules de formation	Oui  Oui	Oui (à mobiliser)  Oui (Disponible PNLT)

<b>Assurer le suivi évaluation</b>	routine	Les prestataires pas formés  Des CDT qui ne sont pas des CDV	Formation des prestataires  Intégrer les CDV dans chaque CDT  Multiplication et diffusion des outils  Adaptation, Multiplication et diffusion des outils	Non	Oui (Disponible PNLT)
	Les services de prise en charge des malades co-infectés TB/VIH ne sont pas intégrés			Non	Oui (Disponible SEP / CNLS)
	Les outils TB déjà adaptés à la co-infection TB/VIH			Non	Oui (Disponible PNLT)
	Les outils VIH sont en cours d'adaptation			Non	Oui (Disponible SEP / CNLS)
<b>Réduire la charge de morbidité TB chez les PVVIH</b>					
Intensifier le dépistage des cas de TB chez Les PVVIH	La plus grande file active des PVVIH se trouve au niveau des associations de la société civile qui n'intègrent pas la prise en charge de la TB  Les dossiers du malades ne contiennent pas la Version TB	La société civile n'intègre la prise en charge de la TB  Les outils non adaptés à la co-infection TB/VIH	Accélérer l'intégration de la collaboration TB/VIH dans les structures de soins y compris la société civile : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunion de sensibilisation de la société civile</li> <li>- Formation des prestataires dans toutes les structures qui vont faire la collaboration des activités TB/VIH</li> </ul>	Non	Oui (Disponible SEP / CNLS)

	<p>Pas de questionnaire pour PVVIH suspects de TB</p> <p>Manque de moyens adéquats de diagnostic de la TB chez les PVVIH</p>		<p>Adapter le questionnaire de suspicion de la TB du côté VIH et le diffuser</p> <p>Acquérir les outils diagnostics (radiographie, labo de culture etc.)</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Oui (Disponible SEP / CNLS)</p> <p>Oui (à mobiliser)</p>
<p>Mettre en place le traitement préventif à l'INH</p>	<p>Etude de faisabilité en cours</p> <p>500/ 1500 malades prévus sont sous INH</p>	<p>Problème de réactif CD4</p> <p>Problème d'inclusion</p>	<p>Faire le point sur l'opportunité de l'étude de faisabilité et arrêter une décision concertée au niveau de la cellule nationale de coordination</p> <p>Organiser un atelier sur la problématique de traitement préventif à l'INH</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui (Mobiliser auprès de l'OMS)</p>
<p>Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs</p>	<p>Rien n'est entrepris pour le moment</p>	<p>Pas de politique claire visant le contrôle de l'infection</p>	<p>Elaboration d'une politique sur le contrôle de l'infection</p> <p>Elaborer les directives nationales sur le contrôle de l'infection</p> <p>Développer un plan national</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui (à mobiliser)</p>
<p><b>Réduire la charge de la morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux</b></p>					
<p><b>Assurer le conseil et le dépistage du</b></p>	<p>Le CDV n'est pas assuré</p>	<p>Pas de politique claire incitant les prestataires</p>	<p>Elaboration des directives</p>	<p>Cfr en haut</p>	<p>Cfr ci-haut</p>

<b>VIH</b>	<p>systématiquement</p>	<p>à proposer le CDV systématique aux malades Tuberculeux</p> <p>Personnel non formé</p> <p>Les CDT qui ne sont pas des CDV</p> <p>Problème de réactif</p>	<p>Former le personnel sur le dépistage motivé par le prestataire</p> <p>Approvisionnement régulier des CDT en réactifs</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Oui (SEP/CLNS)</p> <p>Oui (SEP/CLNS)</p>
<b>Appliquer les méthodes de prévention du VIH</b>	<p>Les méthodes de prévention du VIH ne sont pas appliquées systématiquement</p>	<p>Services non intégrés</p> <p>Problème de motivation du personnel soignant</p> <p>Problème de référence et contre référence</p>	<p>Instaurer systématiquement le volet prévention du VIH dans la prise en charge des malades tuberculeux notamment : (Préservatifs, Prévention et traitement des IST, disponibiliser les médicaments pour les IO.....)</p> <p>Assurer la refernce de malades coinfectés après le traitement anti TB</p>	<p>Non</p>	<p>Non</p>
	<p>Le traitement préventif au co-trimoxazole n'est pas bien structuré</p>	<p>Pas de données sur les malades co infectés TB/VIH nécessitant le traitement préventif</p>	<p>Faire un rapportage systématique des malades co-infectés TB/VIH</p> <p>Assurer la disponibilité du cotrimoxazole dans tous les CDT</p>	<p>Non</p> <p>Non</p>	<p>Non</p> <p>Oui (SEP/CLNS)</p>
<b>Dispenser les soins et assurer un</b>	<p>Seul le traitement anti Tuberculeux est dispensé aux</p>	<p>Le système de référence contre référence n'est pas bien</p>	<p>Assurer le système de référence et contre référence entre CDV et CDT</p>	<p>Non</p>	<p>Oui (SEP/CLNS)</p>

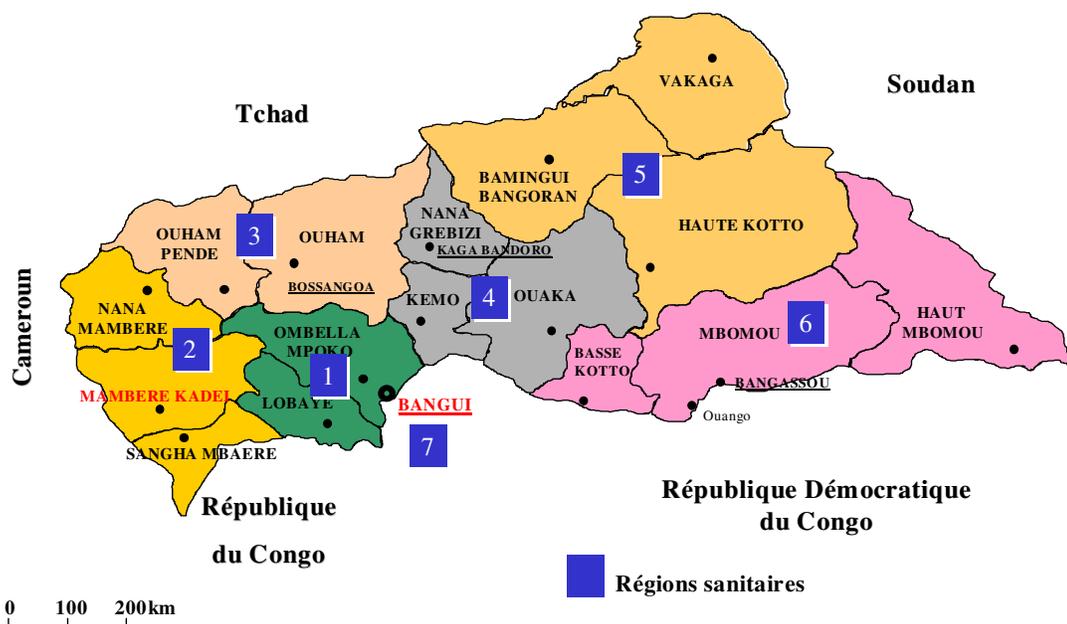
<b>accompagnement aux personnes touchées par le VIH / Sida</b>	malades co-infectés	structuré Les prestataires des CDT ne s'occupent que du volet TB	Organiser le système d'accompagnement des PPVIH	Non	Oui (SEP/CLNS)
			Instaurer le ONE STOP SERVICE	Non	Non
<b>Mettre en place le traitement ARV</b>	Seul le traitement anti Tuberculeux est dispensé aux malades co-infectés au niveau des CDT tandis que les ARV sont du ressort des structures spécialisées pour le VIH	Après avoir terminé le traitement anti Tuberculeux, la référence n'est pas systématique	Organiser les références systématiques des malades co-infectés TB/VIH aux centres de prise en charge du VIH-SIDA les plus proches	Non	Non
			Organiser des descentes ponctuelles des médecins au niveau des CDT pour la prise en charge des malades co-infectés	Non	Oui (SEP/CLNS)

## REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

### 1. Introduction

La République Centrafricaine (RCA) est un pays enclavé, situé au cœur de l'Afrique. Elle est limitée au Nord par le Tchad, à l'Est par le Soudan, à l'Ouest par le Cameroun et, au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Ce pays, situé en zone tropicale pluvieuse (jusqu'à 8 mois de pluies au Sud), est caractérisé par une importante couverture forestière (de près de 3,5 millions d'hectares), un relief plat et accidenté et un réseau hydrographique dense qui compte 2 grands fleuves et plus de 30 importantes rivières. Par ailleurs, le pays possède de multiples ressources minières; notamment : du diamant, de l'or et de l'uranium dont la plupart demeure inexploitée. Il compte en 2008, 4 302 360 habitants selon les données de projection de la population publiées par le Bureau Central du Recensement. Elle s'étend sur une superficie de 623 000 Km<sup>2</sup>. C'est donc un pays moins peuplé avec une densité de 6,9 habitants au Km<sup>2</sup>.

Figure 1 : Carte de la République Centrafricaine.



### 2. Epidémiologie de la situation TUB et VIH

Les estimations de l'OMS donnent :

- Incidence de la tuberculose 14 713 cas soit un taux de 345 cas pour 100 000 habitants ;
- Prévalence de la tuberculose 22 532 cas soit un taux 528 pour 100 000 habitants ;
- Incidence de la coinfection estimé à 2 617 cas soit un taux de 61 cas pour 100 000 ;
- La prévalence du VIH parmi les nouveaux cas de tuberculose à 18%.

Les données du programme, en 2008 :

- Le taux de détection était de 69% ;
- Le taux de succès thérapeutique de 68% ;
- Mais il a été notifié un taux élevé de perdus de vue à 12%.

### **3. Objectifs**

#### **Objectifs du plan halte à la tuberculose 2008-2012 :**

Objectif général : Réduire la morbidité et la mortalité liée à la tuberculose.

Objectifs spécifiques :

1. Dépister au moins 70% des cas de TPM+ existant dans la communauté y compris le milieu carcéral et les personnes déplacées ;
2. Traiter avec succès au moins 85% des cas de TPM+ dépistés ;
3. Renforcer la capacité des organes de lutte contre la tuberculose ;
4. Protéger les populations pauvres et vulnérables de la tuberculose, de la coïnfection tuberculose/VIH et de la tuberculose à bacilles multi résistants (TB-MR) ;
5. Renforcer le suivi évaluation des activités du programme.

#### **Objectifs fixés dans le cadre de la soumission au 9<sup>ème</sup> Round du Fonds Mondial :**

1. Etendre et renforcer la stratégie DOTS de qualité
2. Lutter contre la co-infection TB/VIH et la TB-MR
3. Renforcer l'implication de la communauté, le plaidoyer, la sensibilisation et la mobilisation sociale pour la lutte contre la tuberculose
4. Renforcer la capacité de coordination et le Suivi/Evaluation du programme

### **4. Indicateurs**

#### **A. Indicateurs du programme**

- Taux de détection des TPM+ ;
- Taux de succès thérapeutique (Pourcentage des guéris+pourcentage des traitements terminés) ;
- Pourcentage des échecs ;
- Pourcentage des traitements terminés ;
- Pourcentage des perdus de vue ;
- Pourcentage des décédés ;
- Pourcentage des transférés ;
- Nombre notifié de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive ;
- Nombre notifié de nouveaux cas de tuberculose (toutes formes) ;

- Nombre notifié de patients tuberculeux toutes formes testés pour le VIH ;
- Nombre notifié de patients tuberculeux sous prophylaxie au CTM ;
- Nombre notifié de patients tuberculeux sous ARV ;
- Nombre de cas de tuberculose polypharmacorésistante (MDR-TB) notifiés ;
- Nombre de cas de tuberculose polypharmacorésistante (MDR-TB) notifiés sous traitement de première et de deuxième ligne.

## **B. Indicateurs de la feuille de route**

- 1 plan conjoint de TB/VIH élaboré ;
- 1 Cadre stratégique national VIH intégrant l'aspect coinfection TB/VIH ;
- Nombre de réunions de coordination tenues ;
- 1 étude de prévalence du VIH chez les tuberculeux réalisée ;
- 1 analyse des premières données de la coinfection disponible d'ici septembre 2009 ;
- Outils de collecte des données validés ;
- Nombre des outils de collecte des données multiplié ;
- Nombre des agents de collecte formés ;
- 1 Algorithme (clinique, Radio, microscopie) pour suspecter les cas de TB élaboré ;
- 1 réunion de partage d'information sur le traitement préventif à l'INH avec les praticiens et les partenaires tenue ;
- 1 guide de prévention et de prise en charge de la coinfection TB/VIH élaboré ;
- 1 plan de prévention et de prise en charge dans les services de santé et les établissements collectifs élaboré ;
- Nombre de nouveaux CDT créés ;
- Nombre de préservatifs distribués aux tuberculeux ;
- Nombre des agents de la prise en charge de la tuberculose formés en VIH ;
- 1 cartographie des CDT autour de centres de PEC par les ARV élaboré.

## ACTIVITES CONJOINTES TUBERCULOSE VIH DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Activités	Situation actuelle	Action pour l'accélération	Défis	Assistance technique	2009	2010	2011	2012	Sources de financement	
<b>Mettre en place les mécanismes de collaboration</b>	DGPLISTST en charge de la tuberculose et du VIH		-Planification et mise en œuvre d'activités intégrées TB/VIH -Disposer de ressources humaines adéquates							
	Absence de plan conjoint	-Elaboration d'un plan conjoint TB/VIH (consultation nationale, atelier de validation) -Intégration de la coïnfection TB/VIH dans le prochain cadre stratégique national (2011-2015)		-Consultant international	T4				-OMS  -ONUSIDA	
	Absence de réunions régulière	-Réunion de coordination 2 fois par mois (1 interne à la DGPLISTST et 1 autre avec le CNLS)	-Réunion trimestrielle multisectorielle		T3 et T4 (Ecrire contenu de la réunion)	Mensuel toute l'année (Ecrire contenu de la réunion)	Mensuel toute l'année (Ecrire contenu de la réunion)	Mensuel toute l'année (Ecrire contenu de la réunion)	FM	
	Prévalence VIH = 6,2% catégorie I	-Mener une étude de prévalence du VIH chez les tuberculeux (Enquête transversale)  -Analyser les premières données de la PEC de la coïnfection (dépistage VIH chez les patients TB)		-Renforcer et fiabiliser le système de collecte des données TB/VIH	-AT	T3 et T4 (Protocole d'enquête à rédiger et conduite de l'enquête)  T3 (Sept)				-A rechercher  -FM -ONUSIDA
	Elaboration des outils de collecte des données sur	-Validation des outils en prenant en compte les			AT	-T3 (Juil) TDR de la				-OMS

	la coinfection	indicateurs proposés par l'OMS -Multiplier -Former les agents de santé des sites de PEC TB et VIH ainsi que les agents de collecte des données			réunion de validation -T4 (Nov) -T4 (Dec)				
<b>Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVVIH</b>	Intensifier le dépistage de la tuberculose	-Algorithme (clinique, Radio, microscopie) pour suspecter les cas de TB	Offre systématique du dépistage de la tuberculose aux PVVIH		-T4	T1			
	Pas de traitement préventif à l'INH	-Organiser une réunion de partage d'information sur le traitement préventif à l'INH avec les praticiens et les partenaires -Elaborer un guide de prévention et de prise en charge de la coinfection TB/VIH	Convaincre les praticiens à l'instauration de la prophylaxie à l'INH chez les coïnfectés	-AT	-T4 (Oct)  -T4 (Dec) TDR				-A rechercher  -A rechercher
	Absence d'un mécanisme de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs	-Développer un plan de prévention et de prise en charge dans les services de santé et les établissements collectifs : mesures administratives (triage, étiquette de toux, diminution du temps d'hospitalisation) ; mesures environnementales (ventilation, ultra-violet, réhabilitation des centres de santé) ; mesures personnelles (masque de prévention et traitement des agents de santé VIH positifs) -Former les agents sur le plan -Mettre en œuvre le plan	Etendre la lutte antituberculeuse dans les écoles, les prisons, les casernes, les services de santé etc.	-AT		- T1 TDR   -T3		-Toute l'année   -Toute l'année	
<b>Réduire la charge de morbidité due à</b>	-Début de conseil et dépistage du VIH dans	-Extension du dépistage VIH à tous les CDT	Offre systématique le conseil, le dépistage et		Toute l'année	Toute l'année	Toute l'année	T4 (Terminer)	-FM

<b>l'infection à VIH chez les patients tuberculeux</b>	10 CDT sur 70	(formation, dotation en tests rapides)	le traitement du VIH aux patients tuberculeux					extension des 87 CDT)		
	-Pas de méthodes de prévention du VIH chez les TB	-Intégration du VIH dans l'IEC en matière de TB (élaboration des supports d'IEC, multiplication, formation et vulgarisation) -Distribution des préservatifs aux tuberculeux (état des besoins, achats et distributions)			-T4					-A rechercher
					-T4 (Etat de besoins)	-Toute l'année	-Toute l'année	-Toute l'année		-A rechercher
	-Pas de traitement préventif systématique au cotrimoxazole chez les TB	-Offrir le cotrimoxazole aux tuberculeux coïnfectés dans les CDT (état de besoins, achats et distributions) -Former les agents de PEC de la TB sur le VIH			-T4 (Etat de besoins)	-Toute l'année  -T2	-Toute l'année	-Toute l'année		-A rechercher
	Pas de soins et accompagnement des tuberculeux coïnfectés	-Offrir le traitement des IO, les bilans, le support nutritionnel et la PEC psychosociale		-T4 (Etat de besoins)	-Toute l'année	-Toute l'année	-Toute l'année			
Pas d'offre de traitement ARV aux patients TB dans les CDT périphériques	-Transfert renforcé des malades entre les CDT et les sites de prise en charge par les ARV -Déplacement des médecins traitants dans les CDT périphériques -Cartographie des CDT autour de centres de PEC par les ARV	Décentralisation du programme ARV			T1 (Début dans les zones pilotes) -Toute l'année	-Toute l'année  -Toute l'année	-Toute l'année  -Toute l'année		-A rechercher	

## CAMEROUN

### **I. Introduction et épidémiologie.**

- Population: 17 240 211 habitants ;
- Superficie : 475 000 Km<sup>2</sup> ;
- Nb de régions administratives: 10 ;
- 178 districts de santé ;
- Prévalence VIH : 5,1% (EPP/Spectrum, 2008)
- Nb estimés de PVVIH: 543 294
- Nb estimés de PVVIH éligibles au TARV: 153 185
- Prévalence de la TB : 136 cas/100 000 hbt (2008)

### **II. Objectifs**

#### **II.1. Objectif général**

Réduire la Co-infection TB/VIH de 10% d'ici 2010

#### **II.2. Objectifs Spécifique**

- Mettre en place un mécanisme de collaboration TB/VIH
- Réduire la charge de morbidité tuberculose chez les PVVIH ;
- Réduire la charge de la morbidité due à l'infection au VIH chez les patients tuberculeux

### **III. Les actions en cours**

#### **Mécanisme de collaboration**

- Etudes de surveillance du VIH chez les patients tuberculeux

#### **Réduire la charge de la TB chez les patients VIH positifs**

Recherche active de la Tb chez les patients VIH positifs

Chimio prophylaxie à l'INH chez les patients VIH et TB négatif

Prise en charge de la TB en milieu de soins et dans les lieux de détention

#### **Réduire la charge du VIH chez les patients TB**

Conseil et dépistage du VIH chez les patients TB

Chimio prophylaxie au cotrimoxazole chez les patients coinfectés VIH/TB

Soins et soutien du VIH chez les patients coinfectés TB/VIH

Traitement ARV chez les patients coinfectés TB/VIH

#### IV. Actions pour passage a échelle

Domaine	Actions en cours/ existantes	Activités à planifier pour le Passage à échelle	Contraintes	Besoins (Assistance technique, Financements, etc.)	Ressources
Mécanisme de collaboration	Existence d'un CCM (Sida-TB-Paludisme)	Mettre en place un groupe technique de travail spécifique TB & VIH au sein de la DLM et les DRPS : Composition: PEC/DLM, TB/DLM, M&E/GTC-Sida, M&E/GTC-PNLT, PEC-GTC, PEC-PLNT (si nécessaire inclure les partenaires, experts TB ou VIH, etc.)	-	Rencontres d'explications auprès du MINSANTE ; Resp. Groupe des participants à Atelier de Dakar	-
	Existence au MINSANTE des Resp SIDA et TB (DLM et DRSP)	Organiser des rencontres/réunions périodiques du groupe de travail			
		Planification conjointe : Elaboration d'un plan d'action conjoint TB&VIH pour l'année 2010		Documentation technique, AT experts et financements	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
		Organiser semestriellement une réunion d'évaluation de la mise en œuvre du Plan conjoint TB&VIH		Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
		Faciliter la participation et l'appropriation des interventions par les communautés/ Société civile		Documentation technique, AT experts nationaux et internationaux TB et VIH, financements	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires

<b>Suivi-Evaluation</b>	<b>Organisation des missions de supervision conjointes TB&amp;VIH au niveau des régions (CDT, UPEC et CTA, etc.)</b>		<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
	<b>Produire et diffuser un rapport trimestriel sur la mise en œuvre des activités de lutte contre la coinfection TB&amp;VIH</b>		<b>Documentation technique, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
	<b>Révision et production des outils de collecte des données sur la coinfection TB&amp;VIH utilisés par les deux programmes afin d'intégrer les changements sur les indicateurs</b>		<b>Documentation technique, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
	<b>Formation des Agents de M&amp;E et personnels des CDT, CTA et UPEC sur les guides/outils M&amp;E de la coinfection TB et HIV/SIDA</b>		<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
<b>Surveillance du VIH chez les patients tuberculeux : Réalisation d'une enquête sur la prévalence de la Tb chez les PVVIH (2002); Réalisation d'une enquête sentinelle sur la Prévalence</b>	<b>Réalisation d'une enquête annuel sur la séroprévalence de la TB chez les VIH+</b>			
	<b>Compilation des rapports/études sur la coinfection TB/VIH au Cameroun (Thèses, enquêtes, etc.)</b>			

	<b>du VIH chez les patients TB (2006)</b>				
<b>Réduire la charge de morbidité TUB chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA</b>	Recherche active de TB (maladie) chez les patients VIH positifs	Re-mise à niveau des personnels de tous les sites (24 CTA et 109 UPEC) sur l'identification de la TB (maladie) y compris la documentation des cas identifiés		<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
	Chimio prophylaxie à l'INH chez les patients VIH et TB négatif disponible dans 10 sites	Extension de la chimioprophylaxie à l'INH à 5 nouveaux sites (Extension de 10 à 15 sites CTA et/ou UPEC) : Formation du personnel (conseillers sociaux, médecins, radiologistes/tech radio, etc.)	Motivation du personnel, Insuffisance du personnel technique	<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
		Organiser et assurer la recherche active des "perdus de vue" dans les centres mettant en œuvre l'INH : Définition de l'approche et outils, prise en charge des frais de transport et communications des agents, etc.)		<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires

		Renforcement de la chimioprophylaxie à l'INH dans les 10 premiers sites CTA offrant ce service: évaluation de la phase pilote, Adresses les barrières au passage à l'échelle		<b>AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
		Analyse de la situation du contrôle de l'infection TB dans les CDT/CTA et UPEC		<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
		Elaboration d'un guide national de contrôle de l'infection dans les CDT, CTA et UPEC dans le cadre de l'approche pratique de la santé respiratoire		<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
<b>Réduire la charge de morbidité TUB chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA</b>	Conseil et dépistage du VIH chez les patients TB				
	Prévention du VIH chez les patients TB	Fourniture des intrants (tests de dépistage du VIH, Cotrimoxazole) à tous les CDT			Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
	Chimio prophylaxie au cotrimoxazole chez les patients coinfectés VIH/TB	Former au moins 1 conseiller par CDTs au conseil et dépistage du VIH chez les patients TB y compris le dépistage du VIH chez leurs partenaires		<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
	Soins et soutien du VIH chez les patients coinfectés TB/VIH	Production et diffusion du matériel d'information/sensibilisation (affiche et dépliants) sur la coinfection TB et VIH		<b>Documentation technique, AT experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires

	Traitement ARV chez les patients coinfectés TB/VIH	Organiser des campagnes mobiles de sensibilisation sur la co-infection TB&VIH		<b>AT des experts nationaux TB et VIH, financements</b>	Gouvernements, OMS, ONUSIDA, PEPFAR/CDC, autres partenaires
		Mise en réseau des CDT et CTA/UPEC afin de faciliter l'offre de services de traitements ARV aux patients TB et VIH(+)			

## **V. Défis**

- Assurer l'approvisionnement continue en intrants
- Motivation du personnel ;
- Appropriation des activités par les communautés.

## **VI. Partenariat et mobilisation des ressources**

- OMS ;
- ONUSIDA ;
- PEPFAR/CDC ;
- Fonds Mondial ;
- ONGs nationales et internationales.

## **VII. Perspectives**

- Collaboration plus étroite entre les deux programmes (Mise en place d'un groupe de travail, groupe de coordination, etc.) ;
- Appui continue de l'OMS, ONUSIDA et autres partenaires au groupe de travail et/ou aux deux programmes ;
- Réalisation des enquêtes de sérosurveillance (annuelle; biennale) de la prévalence de la Tb chez les patients VIH+, vis versa ;
- Conduite des revues/évaluations conjointes dans deux programmes
- Mobilisation des financements pour les activités conjointes

## **VIII. Besoins en assistance technique**

- Faciliter la participation et l'appropriation des interventions par les communautés/ Société civile ;
- Révision et production des outils de collecte des données sur la coinfection TB&VIH utilisés par les deux programmes afin d'intégrer les changements sur les indicateurs

## CONGO

### 1. Introduction brève du PAYS

- Population : 3 551 500 habitants
- Superficie : 342 000 Km<sup>2</sup>
- Densité moyenne : 10,4 habitants/km<sup>2</sup>
- Taux de croissance démographique annuel : 3,2% (2004).
- Taux de mortalité infantile : 75‰
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 117‰
- Taux de mortalité maternelle : 781 pour 100 000 naissances vivantes
- PIB : 1.484 US\$.

### 2. Epidémiologie de la situation TUB et VIH

- Prévalence TB : 449 cas/100 000 Hab
- Incidence de cas Toutes formes TB.: 367 cas/100 000 hab
- Incidence des cas TPM+ : 158 cas/100 000 hab
- Taux de Détection de Cas TPM+ : 57%
- Taux de succès thérapeutique : 64%
- Couverture en DOTS : 60%
- Couverture des activités TB/VIH : 56 % (9 centres sur 16)
- Taux de prévalence du VIH : 4,1%
- Prévalence du VIH chez les patients tuberculeux de cas (WHO Global Report 2008) : 11%

### 3. Objectifs

#### *Objectif général:*

- Réduire la charge de la morbidité due à la tuberculose et au VIH/SIDA parmi les populations touchées par ces deux maladies.

#### *Objectifs spécifiques:*

- Mettre en place des mécanismes de collaboration entre les programmes TB et VIH/SIDA
- Réduire la charge du VIH chez les patients tuberculeux
- Réduire la charge de la tuberculose chez les PVVIH

### 4. Les actions en cours

Les actions en cours sont axées sur la Réduction la charge du VIH chez les patients tuberculeux :

- Conseil et Dépistage Volontaire du VIH aux patients tuberculeux 9 centres de dépistage et de traitement de la tuberculose
- Recherche non active des symptômes de la tuberculose chez les PVVIH dans 46 formations sanitaires assurant la prise en charge médicale
- Prise en charge des malades co-infectés (co-trimoxazole et ARV)

### 5. Actions pour passage a échelle

- Mettre en place un comité de travail de mise en ouvre des activités de collaboration TB/VIH

- Elaborer les documents normatifs (Guide, module de formation, guide de supervision...) et les outils de gestion d'information de PEC des cas de TB/VIH
- Elaborer un plan stratégique commun de lutte contre la co-infection
- Acquérir les tests rapides, médicaments ARV et antituberculeux, réactifs et consommables pour la PEC des cas TB/VIH
- Former le personnel (au conseil VIH parmi les malades tuberculeux, à la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH, à la prescription des ARV, à l'administration de l'isoniazide)
- Etendre la formation des techniciens de laboratoire des CDT au dépistage du VIH par les tests rapides.
- Former les prestataires des structures de PEC VIH au screening de la tuberculose
- Organiser la référence et contre référence entre les deux programmes
- Organiser des réunions trimestrielles de suivi des activités.
- Harmoniser des indicateurs de suivi et évaluation
- Organiser des visites de supervision conjointes
- Développer des activités de prise en charge communautaire avec implication des PVVIH et des anciens malades tuberculeux (IEC, recherche et relance des perdus de vue et des irréguliers, transport des crachats, etc.)
- Elaborer les directives de contrôle de l'infection

Interventions	Composante	Situation actuelle	Perspectives	RESPONSABLE	DEFIS	RESSOURCES FINANCIERES DISPONIBLES	SOURCE DE FINANCEMENT	PERIODE			
								T1	T2	T3	T4
<b>A. Mécanismes de collaboration</b>	Disponibilité d'un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux	Absence d'organe formel de coordination	Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux	Ministère de la santé	Rapprocher les Programmes TUB et VIH dans la planification, la coordination et le suivi et des activités	Oui	Gouvernement			15 août 2009	
	Surveillance de la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux	Parcelaire	Améliorer la surveillance de la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux	Ministère de la santé (PNLS, PNLT)	Rendre systématique la proposition du dépistage VIH au niveau de tous les CDT	Oui	Gouvernement Partenaire (BM, FMSTP)		X		
	Planification conjointe des activités antituberculeuses et anti-VIH	Inexistante	Planifier conjointement des activités antituberculeuses et anti-VIH	Ministère de la santé (PNLS, PNLT)		Oui	Gouvernement Partenaire (OMS)	X			
	Suivi et l'évaluation	Faible, non conjointe et non structuré	Renforcer le suivi et l'évaluation conjoints	Ministère de la santé (PNLS, PNLT)	Harmonisation des outils de collectes entre PNLS et PNLT y compris le Circuit d'information	Insuffisant	Gouvernement Partenaire (BM, FMSTP, OMS)	X	X		

<b>B. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse de chez les PVVIH</b>	Intensification du dépistage des cas de tuberculose	Faible	Intensifier le dépistage des cas de tuberculose Parmi les PVVIH	Ministère de la santé (PNLT)	Instauration du la recherche active de la TB au niveau des centres PEC VIH	Insuffisant	Gouvernement Partenaire ( BM, FMSTP, OMS)	X	X	X	X
	Traitement préventif à l'isoniazide	Absent	Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide	Ministère de la santé (PNLT)	Relever les équivoques sur la pertinence de la préventif à l'isoniazide	Insuffisant	Gouvernement Partenaire ( BM, FMSTP, ONUSIDA, OMS, UNICEF)	X	X		
	Maîtrise de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs	Inexistante	Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs	Ministère de la santé (PNLT)	Engagement politique dans le soutien de toutes les réformes nécessaire à la maîtrise de l'infection	Oui	Gouvernement Partenaire ( BM, FMSTP)	X	X		
<b>C. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux</b>	Conseil et dépistage volontaire du VIH parmi les tuberculeux	Faible couverture	Assurer le conseil et dépistage volontaire du VIH à tous les patients tuberculeux	Ministère de la santé (PNLS)	Renforcement des mesures visant à lutter contre la stigmatisation ; Renforcer les condition de confidentialité dans les centres	Oui	Gouvernement Partenaire ( BM, FMSTP, OMS, ONU/SIDA )	X	X	X	X
	Prévention du VIH chez les patients tuberculeux	Faible	Renforcer la prévention du VIH	Ministère de la santé		Oui	Gouvernement	X	X		

			parmi les patients tuberculeux	(PNLS)	RAS		Partenaire ( BM, FMSTP, OMS, ONU/SIDA )				
	Traitement préventif au cotrimoxazole	Appliqué dans les structures de PEC VIH	Passer à l'échelle traitement préventif au cotrimoxazole	Ministère de la santé (PNLS)	RAS	Oui	Gouvernement Partenaire ( BM, FMSTP, OMS, ONU/SIDA )				X
	Dispensation des soins et accompagnement des personnes touchées par le VIH/SIDA parmi les Patients TB	Appliqué, non parfait	Améliorer la dispensation des soins et accompagnement des personnes touchées par le VIH/SIDA parmi les Patients TB	Ministère de la santé (, PNL), ONG/OBC	Prise de conscience de la co-infection TB/VIH par la communauté	Oui	Gouvernement Partenaire ( BM, FMSTP, OMS, ONU/SIDA ), ONG/OBC	X	X		
	Traitement antirétroviral parmi les Patients TB	Appliquer dans toutes les structures de PEC VIH	Etendre le traitement antirétroviral dans les CDT	Ministère de la santé (PNLS)	Implication des non médicaux à la dispensation et le suivi des PVVIH mis sous ARV	Oui	Gouvernement Partenaire ( BM, FMSTP, OMS, ONU/SIDA )	X	X		

## COTE D'IVOIRE

### **1. Introduction**

- Située en Afrique Occidentale
- Superficie : 322 462 KM2
- Pop : 20 581 770 Habitants (Estimation 2008)
- Densité de la pop : 64 Habitants au KM2
- Espérance de vie: 51.3 ans
- Indice de fécondité: 4.6
- Economie basée sur l'agriculture
- Taux d'urbanisation : 46% en 2001
- 83 Districts sanitaires

### **2. Epidémiologie**

#### **VIH**

- Prévalence du VIH: 3.9% (Estimations ONUSIDA, 2008)
- 71833: PvVIH ayant pris au moins une fois un traitement ARV
- PVVIH sous ARV: 51 833 File active (évaluation décembre 2008)
- CDV: 245
- 69 Labo de suivi biologique ( 4 labo avec génotypage)
- Centres de traitement ARV: 215

#### **TB**

- Incidence estimée toutes formes: **420/** 100.000 habitants
- **24.049** cas de tuberculose toutes formes en 2008,
- Taux de notification de **113** cas/100.000 hab
- Incidence frottis positif: **183/100 000**
- **15 292** nouveaux cas à frottis positif
- Taux de notification des TPM+ estimé à **74/100 000** habts
- Proportion TB/VIH+ **29%** en 2008 **VIH**

### INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Interventions	Actions en cours	Actions non débutées ( <b>Défis</b> )	Priorités ( <b>Perspectives</b> )
<b>1) Mettre en place les mécanismes de collaboration</b>			
Créer un cadre de coordination des activités TB/VIH opérant à tous les niveaux	-cadre existant au niveau central - engagement des partenaires -Supervision conjointe	- cadre inexistant au niveau régional et périphérique -engagement communautaire faible	-Coordination au niveau régional et district - redéfinition des cibles nationales selon les nouveaux indicateurs -adresser la problématique du renforcement des services de santé des RH
Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients TUB	OUI en routine		Poursuivre cette activité
Planifier conjointement les activités anti Tub et anti VIH	Oui (Au cours de l'élaboration du COP avec le PEPFAR et les programmes)		-mise en place d'un stock de sécurité des médicaments antituberculeux, ARV, réactifs
Assurer le suivi évaluation	- Intégration des services TB et VIH (ONE-Stop Service) - Personnel formé	-Revue conjointe des données permettant d'harmoniser les indicateurs	- redéfinition des cibles nationales selon les nouveaux indicateurs -reproduire et diffuser les outils révisés -cartographie de la distribution des CDT (microscopie, culture, biopsie, radiographie) - supervision conjointe des personnels de santé pour s'assurer de la qualité des soins
<b>2) Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVVIH</b>			

Intensifier le dépistage des cas de tuberculose	-Développement d'algorithme pour exclure ou diagnostiquer la TB chez les PvVIH -investigation pour le dépistage intensif de la TB	-définition des besoins de formation pour la mise en place des nouvelles politiques et guidelines pour le dépistage intensif de la tuberculose	-mise en place de service One stop (TB et VIH) -plaidoyer pour la gratuité de la RX pulmonaire chez les PvVIH -Définir les besoins en formation
Mettre en place le traitement préventif à l'INH		Mise en place du traitement préventif à l'INH	-Organiser une rencontre au niveau national pour la mise en place de cette activité
Assurer le contrôle de l'infection	-Document conjoint de politique nationale en cours d'élaboration	-plaidoyer auprès de l'autorité politique en faveur d'un réaménagement des structures de santé	-mise en place/renforcement de mesures de lutte contre la stigmatisation -plaidoyer en faveur du redéploiement du personnel qualifié vers les structures du niveau régional et périphérique - former le personnel de santé par rapport aux mesures de contrôle de l'infection -élaboration de documents techniques et de modules de formation sur le contrôle de l'infection -éduquer la communauté sur le contrôle de l'infection (renforcer les capacités des OBC et OBF)
<b>3) Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients TUB</b>			
Assurer le conseil et le	En cours		

dépistage du VIH			
Appliquer les méthodes de prévention du VIH	En cours		
Mettre en place le Traitement préventif au CTX	En cours		
Dispenser des soins et assurer un accompagnement aux personnes touchées par le VIH/sida	En cours		
Mettre en place le traitement anti rétroviral	En cours		

**Atelier conjoint OMS/ONUSIDA pour le passage à l'échelle des activités de collaboration Tuberculose et VIH/SIDA dans les pays francophones**  
**Feuille de route**

Interventions Prioritaires	Responsables	Ressources disponibles	Sources de financement	Besoin en AT	Période			
					T1	T2	T3	T4
Renforcer Coordination au niveau régional et district	PNLT/PNPEC	NON	A rechercher	NON	X			
Organiser un atelier de redéfinition des cibles nationales selon les nouveaux indicateurs	PNLT /PNPEC	NON	A rechercher	NON		X		
adresser la problématique du renforcement des services de santé des RH	PNLT /PNPEC/DG S/DRH	NA	NA	NON	X			

Organiser une rencontre au niveau national pour la mise en place du traitement préventif à l'INH	PNLT /PNPEC	NON	A rechercher	OUI		X		
Mettre en place d'un stock de sécurité des médicaments antituberculeux, ARV, réactifs	PNLT /PNPEC/PS P	OUI	PEPFAR, FM, Etat	NON	X	X	X	X
reproduire et diffuser les outils révisés	PNPEC	OUI	EGPAF, ICAP, ACONDA	NON		X	X	X
Organiser des supervisions conjointes des personnels de santé pour s'assurer de la qualité des soins	PNLT /PNPEC	OUI	PEPFAR	NON	X	X	X	X
Définir cartographie de la distribution des CDT (microscopie, culture, biopsie, radiographie)	PNLT /PNPEC/DI EM	NA	NA	NON	X			
Organiser le passage à échelle des services « One stop » à travers (TB et VIH)	PNLT /PNPEC	NON	PEPFAR	NON		X		
Faire un plaidoyer pour la gratuité de la RX pulmonaire chez les PvVIH	PNLT /PNPEC	NA	NA	NON		X		
Etablir un plan de formation des personnels de santé pour le passage à échelle des interventions pour la lutte conjointe TB VIH y compris la lutte contre l'infection	PNLT /PNPEC	NA	NA	NON	X			
élaboration de documents techniques et de modules de formation sur le	PNLT /PNPEC	NON	A rechercher	OUI	X			



## GABON

### **1. Introduction**

Superficie : 267 667 KM2  
Population : 1 517 685 hab. (RGPH 2003)  
Densité : 5,9 habitants au KM2  
Population urbaine : 80%  
Couverture sanitaire : près de 80%  
Nombre de régions sanitaires : 10  
Nombre de départements : 52  
PIB/habitant : 6702 \$  
IDH : 122ème sur 177

### **2. Epidémiologie de la situation TUB et VIH**

Incidence de la tuberculose : 406 pour 100 000 en 2007 (WHO Report 2009)  
Séroprévalence du VIH dans la population générale : 5.9% (2007)  
Séroprévalence du VIH chez les tuberculeux : 42% (2007)  
Nombre de patients co-infectés TB/VIH en 2008 : 1118 (rapport annuel PNLT)

### **3. Réponse pays**

#### **En matière de VIH/sida**

- \* Deux ministères en charge des questions de VIH/sida:
  - a. Ministère de la Santé (Prise en charge psychosocial et médicale) : public, parapublic et privé
  - b. Ministère Lutte SIDA (Coordination multisectorielle de la réponse, Prévention et mobilisation des ressources )

- \* Plan stratégique national 2008-2012 et Plan opérationnel 2009-2010
- \* Structures de prise en charge des PVVIH (15 )
- \*CDV : 18
- \* Fonds de solidarité thérapeutique : 2307692 Euros
- \*Fonds du programme Multisectoriel : 1045713 Euros
- \*Financement Fonds Mondial round 8: 15264384 Euros
- \* Forte implication de la société civile et du secteur privé

#### **En matière de TB**

- \* Document de politique nationale de lutte contre la TB
- \* Plan stratégique nationale 2008-2012
- \*Documents normatifs de gestion
- \*Structures de prise en charge (CDT) : 13
- \*Financement (GVT : 141768 Euros, OMS : 15385 Euros)

## **En matière de TB/VIH**

### ***Actions clés du PNLT***

- dépistage systématique du VIH chez les patients TB (Document de Politique 2007)
- Approvisionnement en anti tuberculeux de toutes les structures de PEC du VIH par le PNLT
- Mise en place d'un outil de référence et de contre référence (fiche de liaison) des patients co-infectés
- Ouverture d'un service de prise en charge des co-infectés TB/VIH
- Intégration de la gestion de la co-infection TB/VIH dans le guide technique de PEC des patients TB
- Enquête de séroprévalence VIH chez les patients tuberculeux

### ***Actions clés du PLIST/ VIH/SIDA***

- Diagnostic de la TB chez les patients VIH
- Administration des ARV aux patients co infectés
- Dispensation gratuite du CTX
- Offre des préservatifs à moindre coût
- Activités de sensibilisation pour le CCC

## **4. Objectifs en matière de TB/VIH**

### **Objectif général**

Réduire la charge de morbidité et mortalité due à la tuberculose et au VIH parmi les populations co infectées

### **Objectifs spécifiques :**

- c. Mettre en place des mécanismes de collaboration nécessaires ;
- d. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux
- e. Réduire la charge de morbidité tuberculose chez les PVVIH

## **5. Les actions en cours (voir réponse pays)**

## **6. Actions pour passage a échelle**

Interventions	ACTIVITE	RESPONSABLE	BUDGET	RESSOURCES DISPONIBLES	SOURCE DE FINANCEMENT	PERIODE			
						T1	T2	T3	T4
<b>Mettre en place les mécanismes de collaboration</b>									
Créer un organe de coordination des activités TB/VIH	-Tenir des réunions pour la mise en place de la cellule de coordination	MSPHP/Min Lutte SIDA		00	OMS			X09	
	- Elaborer et faire adopter un texte administratif portant création et fonctionnement de la cellule	PLIST-VIH/PNLT			OMS GVT ONUSIDA				X09
	- Assurer le fonctionnement de la cellule de coordination des activités conjointes TB/VIH								
Elaborer un		PLIST/VIH							

plan conjoint des activités TB/VIH		PNLT							X09
Actualiser/harmoniser les outils de suivi/évaluation		PLIST/VIH PNLT							X09
<b>Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux</b>									
Renforcer le conseil et le dépistage du VIH parmi les patients TB	- former et payer les conseillés - acquérir et distribuer les kits pour le test du VIH	PLIST/VIH PLIST/VIH		15395 Euro	GVT FM OMS		X	X	
Renforcer les méthodes de prévention du VIH	- Diffuser les directives sur la prévention des AES - Assurer la surveillance épidémiologique des AES - PEC des AES	PLIST/VIH PNLT			GVT OMS			X	X
Renforcer le traitement préventif au co-trimoxazole	- Actualiser et diffuser les directives nationales sur l'administration du CTX	PLIST/VIH PNLT			GVT OMS ONUSID	X	X		

	-Rendre disponible le CTX dans toutes les structures de PEC TB/VIH				A	X	X	X	X
Renforcer les soins et l'accompagnement des PVVIH	-Reproduire et diffuser le guide de PEC communautaire  -Renforcer les capacités des intervenants ( PVVIH, ONG, travailleurs sociaux) dans les soins et l'accompagnement	PLIST/VIH  PNLT  DGPS			GVT OMS ONUSID A			X   X	   X
Améliorer l'accès des patients co infectés aux ARV	-Plaidoyer pour alléger les coûts des bilans préthérapeuthiques et les délais d'attentes pour les patients éligibles aux ARV -Plaidoyer pour la gratuité des ARV aux patients co infectés TB/VIH	PLIST/VIH  PNLT				X	X	X	X
<b>Réduire la charge de morbidité tuberculose chez les PVVIH</b>									
Maîtriser	- Analyse de situation			00					

l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs	- développer le plan national pour le contrôle de l'infection	PNLT PLIST/VIH			GVT Partenaires			X	X
Plaidoyer et communication sociale	- Plaidoyer pour l'adhésion et la mobilisation des ressources pour les activités conjointes TB/VIH  - Promouvoir les activités de sensibilisation sur la co infection	PLIST/VIH PNLT DGPS			GVT Partenaires	X	X	X	X
						X	X	X	X

## 7. Défis

- Coordination entre les 2 programmes TB et VIH
- Atteindre la couverture totale des services TB-VIH intégrés
- Avoir des RH compétentes pour superviser et évaluer le programme
  - Promouvoir l'intégration des services;
  - Prise en charge ARV encore centralisée par rapport à la TB;
  - Promouvoir le dépistage à l'initiative des soignants.

## **8. Perspectives**

- Collaboration plus étroite entre les deux programmes (Mise en place d'un groupe de travail, groupe de coordination, etc.)
- Appui continue de l'OMS, ONUSIDA et autres partenaires au groupe de travail et/ou aux deux programmes
- Conduite des revues/évaluations conjointes dans deux programmes
- Mobilisation des financements pour les activités conjointes
  - Accroître l'implication communautaire:
    - Education
    - Plaidoyer
  - Partenariat public-privé

## **9. Besoin en assistance technique**

Dans les activités ci-après:

- Contrôle de l'infection
- Elaboration du plan conjoint des activités TB/VIH
- Elaboration des outils conjoints TB/VIH

## Présentation du pays

- Pays de l'Afrique de l'Ouest
- Superficie 245 857 km<sup>2</sup>
- Population : environ 10 millions
- Quatre régions naturelles pour 8 RA (33 districts)
- Nombre CAT: 53
- Nombre sites PEC TARV : 34

## Épidémiologie de la situation TB et VIH

- Prévalence VIH: 1.5% EDS III 2005
- Couverture limitée des activités de collaboration
- Prévalence coinfection TB/VIH en 2008 : 20%
- Taux de détection de la TB: 63% (2008)
- Taux de succès de la TB: 78% (Cohorte 2007)
- Les indicateurs de la TB et du VIH et les facteurs de risque.

# Objectifs

- **Général**

**Assurer la prise en charge globale des malades TB/VIH**

- **Spécifiques**

- **Renforcer le mécanisme de collaboration entre TB & VIH**
- **Réduire la charge de morbidité TB chez les PVVIH**
- **Réduire la charge de morbidité due à l'infection VIH chez les TB**

# Les actions en cours

- **Mécanisme de collaboration entre TB & VIH**
  - **Oui coordination entre TB/VIH par le MSHP**
- **Réduction de la charge de morbidité due à l'infection VIH chez les TB**
  - **Formation du personnel des CAT**
  - **CDV chez les TB**
  - **Prévention au cotrimoxazole**
  - **Prévention du VIH (sensibilisation/préservatifs)**

## Actions pour passage à échelle

Interventions	ACTIVITE	RESPONSABLE	RESSOURCES DISPONIBLES	SOURCE DE FINANCEMENT	PERIODE			
					T1	T2	T3	T4
Mécanismes de collaboration	Organiser 4 réunions entre les groupes	Coordinateurs PNL/PNLS	Non	Solthis	X	X	X	X
	Organiser 2 Réunions pour mettre au point des stratégies de communication	Coordinateurs PNL/PNLS				X	X	
	Organiser des Réunions locales pour renforcer la participation de la communauté dans les activités	Coordinateurs PNL/PNLS					X	X

## Actions pour passage à échelle

Intervention	ACTIVITE	RESPONSABLE	RESSOURCES DISPONIBLES	SOURCE DE FINANCEMENT	PERIODE			
					T1	T2	T3	T4
Réduire la charge de morbidité TB chez les PVVIH	Assurer le dépistage de la TB chez PVVIH	Coord. PNT PNLS	NON					
	Formation du personnel des CDV de Conakry en dépistage de la TB	Coord. PNLS			X	X		
	Évaluer l'application de la CPI chez PVVIH	Coord. PNT	NON		X	X		
	Renforcer les mesures de prévention de l'infection		NON					

# Actions pour passage à échelle

Interven-tions	ACTIVITE	RESPON-SABLE	RESSOURCES DISPONIBLES	SOURCE DE FINANCEMENT	PERIODE			
					T1	T2	T3	T4
Réduire la charge de morbidité due à l'infection VIH chez les TB	Renforcer le conseil et le dépistage du VIH dans 4 régions	Coordina-teurs PNLT/PNLS	NON		X	X	X	
	Renforcer les méthodes de prévention du VIH dans 4 régions		NON		X	X	X	
	Renforcer le TP Cotri dans 4 régions		NON		X	X	X	
	Dispenser des soins et assurer 1 accompagnement aux PVVIH							
	Renforcer le traitement ARV							

## Défis

- Étendre les activités de collaboration au niveau périphérique
- Meilleure implication des centres de PEC des PVVIH dans le dépistage de la TB
- La mise en œuvre effective des **3i**
- La mobilisation de la communauté
- Plaidoyer et mobilisation des ressources.

## Partenariat et mobilisation des ressources

<b>PARTENAIRES</b>	<b>PNLAT - PNPCSP 2010 : TYPE DE PARTENARIAT</b>
1. GLOBAL FUND	Bailleur (>70% des activités, 5 et 6 <sup>ème</sup> Rounds)
2. OMS	Appui technique : évaluation GESTION MED, MDR,
3. Raoul Follereau	Appui financier, médicaments et appui logistique: Coordination, LNR,
4. Action Damien	Appui technique et financier : Coordination, Ville de Conakry et Moyenne Guinée
5. Ordre de Malte	Appui intégral (fonds et logistique) en Moyenne et Basse Guinée
6. Mission Phil africaine	Appui technique et financier en Guinée Forestière, MDR à Macenta
7. MSF Belgique,	Appui à la PEC de la coinfection TB/VIH à Conakry
8. SOLTHIS	Appui à la PEC de la coinfection TB/VIH à Conakry

MALI

**Plan d'action de mis en œuvre des activités TB/VIH**

Interventions	Activités	Responsable	Ressources disponibles	Sources de financement	Période				
					2009	T1	T2	T3	T4
Mécanismes de collaboration	Restitution/validation du plan	SEHCNLS/ PNLT/ CSLS			X				
	Participation du PNLT aux cadres de concertation/coordination du VIH	SEHCNLS			X				
	Mise en place d'une task force	SEHCNLS/ PNLT/ CSLS			X				
	Suivi de la feuille de route pour la mise en œuvre du plan				X				
		Task force	X		Fonds mondial (R7 TB)	X	X	X	X
		Réunion trimestrielle de la task force pour le suivi des activités de collaboration TB/VIH							
Conseil et dépistage volontaire du VIH parmi les TB	Compléter la formation du personnel dans les centres de santé communautaire (CSCoM)	CSLS/MS	Non disponible	A rechercher		X	X		
	Rendre disponibles les tests	CSLS/MS	X	Budget d'Etat					

					Période				
	de dépistage VIH dans les CCom  Mettre en place les registres de conseil dépistage dans les CCom	CSLS/MS		+ fonds mondial (R4,8 Sida)					
Contrôle de l'infection	Les mesures administratives :	PNLT	Non disponible	A rechercher					
	Réviser et mettre en œuvre un plan de détection précoce et de prise en charge de la TB chez les PVVIH	PNLT/CSLS	Non disponible	A rechercher					
	Elaborer, éditer et distribuer des affiches sur le contrôle de l'infection dans les formations sanitaires								
	Les mesures environnementales :	MS	Non disponible	A rechercher					
Mettre en place des salles de tri à l'entrée des malades dans les structures de prise en charge de la TB et du VIH									
Les mesures individuelles :	PNLT/ CSLS	Non disponible	A rechercher						

					Période				
	Sensibiliser le personnel de santé à la mise en œuvre des mesures de protection individuelles  Mettre en place dans les structures de prise en charge du VIH et de la Tb les gants et les masques	MS	Non disponible	A rechercher					
Prise en charge de la coinfection	Réviser les outils de gestion des patients et de collecte des données pour la prise en charge de la coinfection	CSLS	Non disponible	A rechercher					
	Révision document de politique et protocole thérapeutique	CSLS	X	Fonds mondial (R4 VIH)					
	Offre du cotrimoxazole	CSLS	X	Fonds mondial	X	X	X	X	X
	Offre de l'INH	PNLT	X	GDF	X	X	X	X	X
	Former le personnel de 12 CSRéf à la prise en charge des PVVIH	CSLS	X	Fonds mondial (R8 Sida)	X				
	Extension de l'offre ARV à 12 CSRéf		X	Fonds mondial (R8 Sida)		X			
Prévention	Former/recycler le personnel	PNLT	X	Fonds mondial		X	X	X	X

					Période				
recherche et diagnostic de la Tb parmi les PVVIH	des sites de prise en charge VIH en DOTS et technique de recherche du BK			(R7 TB)					
	Mettre en place les supports de gestion et de collecte des données de la TB	PNLT	X	Budget d'Etat	X				
	Mettre en place les réactifs de laboratoires pour le dépistage de la TB	PNLT	X	Budget d'Etat		X			
Plaidoyer et communication sociale	Organiser des ateliers de plaidoyer des activités TB/VIH à l'endroit du secteur privé et de la société civile	SEHCNLS/MS	Non disponible	A rechercher	X				
	Sensibiliser les prestataires à la prise en charge de la coinfection	PNLT/ CSLS	Non disponible	A rechercher		X	X	X	X

Liste des abréviations :

SEHCNLS : Secrétariat exécutif du haut conseil national de lutte contre le Sida

MS : Ministère de la santé

CSLS : Cellule sectorielle de lutte contre le Sida

PNLT : programme national de lutte contre la tuberculose

GDF : Global drug facility

CSRéf : Centre de santé de référence

CSCoM : Centre de santé communautaire

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Activité	En cours	A mener	Obstacles	Assistance Technique	Ressources disponibles
<b>A. Mettre en place les mécanismes de collaboration</b>					
A.1. Organe de coordination	Existe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre opérationnel le secrétariat technique</li> <li>- Elaborer les directives pour le niveau intermédiaire</li> </ul>	Non respect du calendrier d'activités		FM
A.2. Surveillance du VIH	Etude à Kinshasa	Etudes de séroprévalence planifiées pour chaque CPLT			FM
A. 3. Planifier conjointement	Existe un plan conjoint TB/VIH	Exprimer clairement les objectifs TB/VIH dans les 2 plans stratégiques PNT/PNLS			Ministère de la Santé/ PNT/PNLS/Partenaires
A.4. Assurer le suivi et évaluation	Données récoltées en routine au niveau du PNT	Réviser les indicateurs conformément aux directives de l'OMS	Politique nationale TB/VIH non encore actualisée	AT	A mobiliser (OMS, ONUSIDA, MAP,...)
<b>B. Réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH</b>					
B.1. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose	Non encore formelle	Elaborer des directives et intégrer cette stratégie dans la formation des prestataires	Insuffisance de moyens rapides de diagnostic de la TBC évolutive		FM
B.2. Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide	Non encore d'application	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concertation au niveau du Ministère de la Santé</li> <li>- Réaliser des</li> </ul>	Crainte du développement de la résistance liée à la monothérapie faute de diagnostic de la TBC	AT	A mobiliser (OMS, ONUSIDA, MAP,...)

		expériences pilotes pour la prise des décisions	évolutive non diagnostiquée		
B.3. Maîtriser l'infection dans les services de santé et établissements collectifs	- Formation des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désignation du point focal</li> <li>- Elaboration des directives par le niveau central</li> <li>- Finaliser le plan d'action</li> <li>- Mobiliser les ressources nécessaires pour sa mise en oeuvre</li> </ul>	Les directives actuelles ne prennent pas en compte cette stratégie	AT	Ministère de la Santé/ PNT/PNLS/Partenaires
<b>C. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux</b>					
C. 1. Assurer le conseil et le dépistage du VIH	Le DCIP est assuré par l'infirmier du CSDT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser des ressources additionnelles</li> <li>- Intégrer le paquet complet TB/VIH dans les centres TB/VIH</li> </ul>	Insuffisance des tests pour le dépistage du VIH Faible couverture du PNLS		PNT/PNLS
C. 2. Appliquer les méthodes de prévention du VIH	Formation des conseillers et CCC à tous les malades	Impliquer les relais communautaires dans l'IEC en prévention du VIH aussi bien chez le négatif que le positif	Faible couverture du PNLS		PNT/PNLS/Communauté
C.3. Mettre en place le traitement préventif au cotrimoxazole	Le traitement est assuré par l'infirmier formé du CSDT	Etendre la couverture des activités VIH dans tous les CSDT	Faible couverture du PNLS		PNT/PNLS

C.4. Dispenser les soins et assurer un accompagnement aux personnes touchées par le VIH/SIDA	Dans les formations médicales publiques, privées et confessionnelles	Associer les autres secteurs pour garantir les soins et soutiens globaux aux malades (nutrition, activités génératrices de revenus, double stigmatisation,...) Renforcer les capacités du personnel de santé Renforcer les capacités des relais communautaires sur la mise en œuvre du paquet d'activités TB/VIH (RSS)	Insuffisance de ressources financières		PNT/PNLS/Communauté
C.5. Mettre en place le traitement antirétroviral	Le traitement est assuré par l'infirmier formé du CSDT	Étendre la couverture des activités VIH dans tous les CSDT	Faible couverture du PNLS		PNLS/PNT

## RWANDA

### **1. Introduction**

- Superficies': 26.338 km<sup>2</sup>
- Pop. 9 millions
- Densité ~ 300 hab./ km<sup>2</sup>
- PNB / hab. 350 USD
- 60% pop. < seuil de pauvreté.
- Population rurale: 85%
- -60%: accès <5km d'une FOSA
- 85% de la population est couverte par les mutuelles de santé

### **2. Epidémiologie de la situation TUB et VIH**

Le taux de notification de la TB (toutes formes confondues) était de 89 par 100.000 habitants en 2007 et de 45 pour les formes à frottis positifs.

Prévalence du VIH : 3,1%

Le taux de succès thérapeutique est de 86% pour les trois dernières années.

En 2007, 89% des patients tuberculeux ont fait un test de dépistage du VIH et de 95% pour 2008.

34% parmi eux sont positifs en 2008.

et 45 % les ARV.

Les patients co- infectés qui ont reçu le cotrimoxazole en 2008 étaient 87%

### **3.Objectifs**

#### **Objectif Général**

Réduire la morbidité et la mortalité de la tuberculose pour qu'elle ne constitue plus un problème de santé publique.

Prévenir et traiter les cas de multirésistance tuberculeuse.

#### **Objectifs spécifiques**

- Dépister au moins 70 % de tous les cas de tuberculose à microscopie positive.
- Maintenir un taux de succès thérapeutique supérieur à 85 % chez les nouveaux cas de tuberculose infectieuse
- Faire le test du VIH chez tous les patients tuberculeux, leur administrer du cotrimoxazole et ARV selon les critères d'éligibilité.

**4.Les actions en cours**( voir tableau d'activités)

**5.Actions pour passage à échelle** ( voir tableau)

Interventions	ACTIVITE	RESPONS ABLE	RESSOUR CES DISPONIB LES	SOURCE DE FINANCEM ENT	PERIODE			
					T 1	T2	T3	T4
Mécanismes de collaboration	GROUPE DE TRAVAIL TB /HIV EN PLACE	PNT	OUI	FOND GLOBAL PEPFAR GOUVERNEMENT	X	X	X	X
Conseil et dépistage volontaire du VIH parmi les PVV	ACTIVITE DE ROUTINE	PNT	OUI	FOND GLOBAL PEPFAR GOUVERNEMENT	X	X	X	X
Contrôle de l'infection	POLITIQUE ET DIRECTIVE EN PLACE	PNT	OUI	FOND GLOBAL PEPFAR GOUVERNEMENT				
	PLANS D'IC des hôpitaux disponibles	Hôpitaux et PNT						
	Formation et mise en œuvre au niveau des hôpitaux en cours	PNT	UNE PARTIE	PEPFAR FOND GLOBAL	X	X	X	X
	Rénovation de 6 hôpitaux	HÔPITAU X	UNE PARTIE	PEPFAR GLOBAL FUND	X	X	X	X
	Réunion du Comité de IC CHAQUE MOIS	Hôpitaux	OUI		x	x	x	x

Mettre en place le traitement préventif à l'Isoniazide	Atelier de partage d'information sur la prévention à l'INH chez les PVV	PNT ET PARTENAIRES	OUI	PEPFAR		X		
Prévention, recherche et diagnostique de la TUB parmi les PVV	ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE POUR ADULTES ET ENFANTS DISPONIBLES	PNT	NON					
	EXTENSION MICROSCOPIE FLUORESCENCE DANS 10 HÔPITAUX	LNR ET PNT	OUI	FOND MONDIAL	X	X	X	X
	EXTENSION CULTURE DANS 2 CHUS	LNR ET PNT	NON	PEPFAR ET FOND MONDIAL	X	X	X	X
Plaidoyer et communication sociale	GUIDE D'IEC disponible	PNT ET CRC	NON	PEPFAR ET OMS				
	PRODUCTION DES OUTILS	PNT	OUI	PEPFAR ET FOND MONDIAL	X	X	X	X

## **6.Défis**

- Coordination entre les 2 programmes traditionnellement verticaux TB et VIH
- Différentes approches des partenaires TB/VIH
- Harmonisation des aspects de M&E entre le MOH et les partenaires (screening de la TB chez les PVV)
- Atteindre la couverture totale des services TB-VIH intégrés
- Avoir des RH compétentes pour superviser le programme et faire le suivi des résultats
- Rotation fréquente du staff → formation continue

## **7.Partenariat et mobilisation des ressources**

MOBILISATION DES FONDS A TRAVERS LES PARTENAIRES (Fond Mondial, PEPFAR, Action Damien, World bank.....) et le Gouvernement

## **8 Perspectives**

- Maintenir et passage à l'échelle de toutes les activités TB/HIV
- Continuer à mobiliser les fonds
- Participer au renforcement du système de santé et de la qualité de soins.

## **9. Besoins en assistance technique**

FINALISATION DU PLAN STRATEGIQUE DE LA TUBERCULOSE A L'AIDE DE L'OUTIL DE PLANIFICATION ET DE BUDGET.

## SENEGAL

### **1. Introduction**

- Superficie : 196.722 km<sup>2</sup> et
- Population : 11 126 832 hbts 55,6% moins de 20 ans
- Dakar 22,4% de la population totale et 0,3% de la superficie nationale
- Pauvreté : 65% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté

### **2.Système de santé**

- 66 districts sanitaires fonctionnels
- 86 unités de prise en charge VIH
- 78 CDT
- 60 districts qui offrent les deux services VIH et TB
- 84 unités de microscopie
- Couverture en unité de radiologie 33% des districts

### **3.Epidémiologie de la situation TUB et VIH**

- ✓ VIH :
  - Épidémie de type concentrée
  - **0.7%** pop générale (2005)
  - Disparité régionale
  - **9252** sous ARV(2008)
  
- ✓ Tuberculose :(2008)
  - Taux de dépistage : **60%**
  - Taux de succès : **78%**
  - Dépistage VIH : **51%**
  - **7%** de coinfectés chez les TB
  - Sous CTX : **69%**
  - Sous ARV : **31%**

#### 4.Objectifs

- ✓ Objectif général
  - Améliorer les interventions conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA
- ✓ Objectifs spécifiques
  - Développer un cadre institutionnel de collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH/SIDA et les partenaires.
  - Renforcer les capacités de coordination et de gestion des deux programmes
  - Promouvoir le dépistage précoce de la tuberculose chez les PVVIH
  - Promouvoir le counseling dépistage de l'infection VIH chez les tuberculeux
  - Améliorer la prise en charge des cas de co-infection TB/VIH
  - Assurer la prévention de la TB chez les PVVIH (INH)
  - Améliorer la prise en charge les infections opportunistes
  - Organiser des activités d'accompagnement psycho social : visite à domicile, entretiens
  - Mobiliser la communauté pour la prévention de la TB, du VIH/SIDA et le soutien aux malades co-infectés
  - renforcer les capacités de la société civile pour la prise en charge de la co-infection TB/VIH
  - Réaliser des enquêtes de prévalence TB/VIH études de recherche opérationnelle dans le domaine de la co-infection TB/VIH

#### 5.Les actions en cours

- ✓ Mécanismes de collaborations
  - Mise en place d'un groupe de travail au niveau du ministère
  - Mise en place d'un comité technique de suivi
  - Directives pour un dépistage systématique du VIH chez les patients TB

- Élaboration d'un plan intégré TB VIH depuis 2006
  - Tenue irrégulière des réunions du groupe de travail et du comité de suivi
- ✓ Réduire la charge de morbidité TB chez les PVVIH
- ✓ Réduire la charge de morbidité du VIH chez les TB
- Formation de 80% des responsables de CDT et en counseling
  - Dépistage VIH : 51% 7% de coinfectés chez les TB
  - Mise Sous CTX : 69%
  - Les patients co-infectés sont référés vers la structure de prise en charge qui met en place le traitement ARV
  - Mise Sous ARV 31%

Interventions	ACTIVITE	RESPONSIB LE	RESS OURC ES DISPO NIBLE S	SOURCE DE FINANCE MENT	PERIODE			
					T1	T2	T3	T4
<b>Mécanismes de collaboration</b>								
	Document de politique TB VIH	PNT/DLSI	-	-	X			
	elaboration et de validation du guide de PEC TB/VIH(en cours)	PNT/DLSI	Oui	FM				
	Multiplier et diffuser les guides de PEC TB/VIH	PNT/DLSI	Non	-	X			
	Tenir des atelier d'élaboration et de validation des modules de formations de PEC TB/VIH	PNT	Non	-		X		
	Multiplier les modules de formation de PEC TB/VIH	PNT/DLSI	Non	-		X		
	Organiser 50 sessions de formation TB/VIH							

	de 30 prestataires pendant 5 jours Tenir un atelier pour harmoniser les outils de SE TB et VIH	PNT/DLSI	Oui (4 sessions)	FM	X	X	X	X
	Tenir une revue conjointe semestrielle TB/VIH pour 4 axes	PNT/DLSI						
	Tenir une réunion semestrielle du comité technique	PNT/DLSI	Oui	FM/FHI/HL	X		X	
	Tenir une réunion trimestrielle du groupe de travail TB/VIH	PNT/DLSI	Non	-		X		X
	Organiser une supervision conjointe semestrielle pour les 14 régions		Non	-	X	X	X	X
				Oui	FM/FHI/HL		X	

Réduire la charge de la morbidité chez les PVVIH								
Intensifier le dépistage des cas de tuberculose	Editer et diffuser des algorithmes pour diagnostiquer la TB chez les PVVIH	PNT/DLSI	Non		X			
	Equiper 60 centres de santé en unités de radiologies	PNT/DLSI	Non				X	X
Mettre en place le traitement préventif à l'INH	Tenir un atelier de consensus sur la prévention à l'INH chez les PVVIH	PNT/DLSI	Non		X			
	Elaborer des directives pour la prévention à l'INH	PNT/DLSI			X			
	Assurer la disponibilité de l'INH pour les PVVIH	PNT/DLSI	Oui	Etat	X	X	X	X
Contrôle de l'infection	Elaborer un document de politique pour le contrôle de l'infection tuberculeuse	PNT/DLSI/PRONALIN	Non			X		
	Développer un plan national de contrôle de l'infection	PNT/DLSI/PRONALIN	Non			X		

	Sensibiliser les décideurs sur l'infection nosocomiale	PNT/DLSI/PR ONALIN	Non				X	
	Accompagner chaque structure dans l'élaboration d'un plan de lutte contre l'infection	PNT/DLSI/PR ONALIN	Non				X	
	Mener des activités de sensibilisation contre la stigmatisation	PNT/DLSI/PR ONALIN	Non				X	
	Former le personnel de santé aux mesures de contrôle de l'infection	PNT/DLSI/PR ONALIN	Non					X
<b>Réduire la charge de morbidité dû à l'infection VIH chez les patients tuberculeux</b>								
Assurer le conseil dépistage du VIH	Organiser des formations en counseling VIH pour les prestataires(en cours)	PNT/DLSI	Oui	FM				
Appliquer les méthodes de prévention VIH	Assurer la promotion du préservatif Sensibiliser les patient	DLSI	Oui	FM/UNFP A				

	TB sur la prévention du VIH	DLSI/PNT	Oui	FM/				
Mettre en place le traitement au cotrimoxazole	Fournir le CTX aux patients	DLSI/	Oui	Etat /FM/ F.Clinton				
	Elaborer des directives pour la mise sous CTX	PNT	-					
Dispenser des soins et assurer un accompagnement aux personnes touchées par le VIH	Assurer un appui nutritionnel aux patients coinfectés TB VIH	DLSI	Oui	FM/Counte part				
Mettre en place le traitement antirétroviral	Assurer un traitement ARV à tous les malades éligibles	DLSI	Oui	Etat/FM/F. Clinton				

## 6. Défis

L'implantation des 3Is :

- Consensus sur l'utilisation de l'INH
- La collecte des données dans dépistage TB chez les PVVIH
- La mobilisation de ressources pour le contrôle de l'infection

Le continuum des services au niveau opérationnel

## 7. Partenariat et mobilisation des ressources

Financement à rechercher pour l'implantation des 3 Is, l'appui à la formation des prestataires

Elargir le partenariat

## 8. Perspectives

Round 9

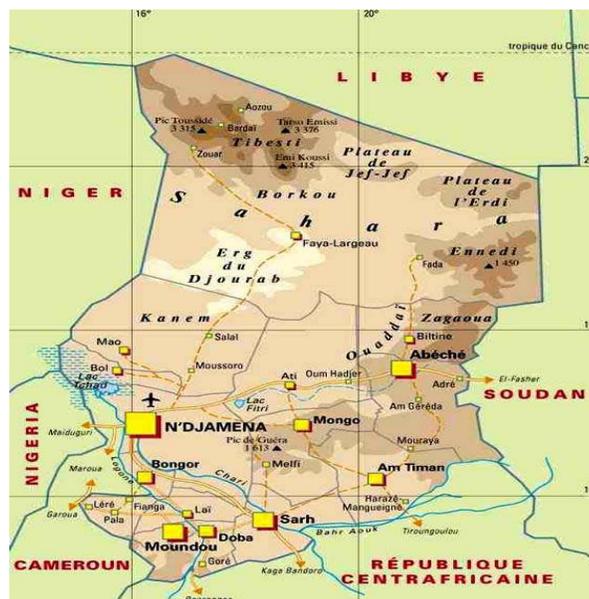
## 9. Besoins en assistance technique

Appui à l'élaboration des directives de contrôle de l'infection

Elaboration du module TB VIH

## TCHAD

### 1. PRESENTATION



Population du Tchad est estimée en 2008 à 10 154 300 habitants

Superficie : 1284000 Km<sup>2</sup>

Régions sanitaires 22 ; 72 districts dont 59 fonctionnels. Environ 41 districts font le dépistage et la prise en charge de la TB et 51 font le dépistage et la prise en charge du VIH/SIDA.

## **2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE**

La Tchad est en pays de prévalence moyenne du SIDA 3.3%. On estime le nombre de PVVIH à 200.000 dont 60000 auraient besoin d'être TARV.

L'analyse de la situation confirme une épidémie généralisée de type évolutif touchant différemment toutes les régions du pays. Elle met en évidence une vulnérabilité conjoncturelle affectant à des degrés variés les populations sensibles. .

L'épidémie se développe en raison de faible utilisation de préservatifs, de la multiplicité des partenaires sexuelles de la pauvreté, faible niveau d'éducation des femmes et des filles, situations de conflits et post conflits qui entraîne un accès extrêmement limité au service de prévention et de soins.

Le cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2007-2011 a pour but de réduire la transmission du VIH et l'impact du SIDA au Tchad avec les quatre indicateurs d'impacts suivants :

1. Existence d'une réponse nationale multisectorielle, coordonnée et décentralisée
2. Réduction de la séroprévalence dans la population de moins de 25 ans à moins de 3,3%
3. Réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 20%
4. Augmenter l'espérance de vie des PVVIH
5. Intensifier l'intégration sociale des orphelins du SIDA

L'incidence de la tuberculose est 205/100000 cas attendus dont 131/100000 TPM+

En 2008, 7195 cas de Tuberculose dont 3309 nouveaux cas étaient TPM+ .

- Taux de dépistage global : 34%
- Taux de succès thérapeutique : 48%
- Taux des perdus de vue : 28%

Environ 55% des patients dépistés pour la TB au service de pneumologie sont infectés par le VIH. Par ailleurs, seuls 30% de patients dont la découverte de la sérologie VIH se fait en maladie infectieuse présente une tuberculose

C'est dire comment ces 02 affections sont intimement liées

Les indicateurs d'impact de la TB sont : la réduction de la mortalité et de l'incidence, l'augmentation du taux de dépistage, taux de succès thérapeutique et la réduction du taux de perdu de vue

### **Situation de la réponse en matière de VIH/TB**

Actuellement la réponse nationale pour face à la co infection VIH/TB est faible .  
Quelques activités conjointes ont été entreprises au cours de cette année à savoir :

- Elaboration et validation de l’outil PCIMAA qui tient en compte la co-infection et formations des formateurs
- Formation des médecins prescripteurs des ARV pour la prise en charge de TB
- Recherche de TB chez les patients VIH dans les grands centres (Moundou, Ndjamena, Sarh etc..)

### **3. OBJECTIF GENERAL**

Réduire la charge de morbidité due à la tuberculose et au VIH/SIDA parmi les populations touchées par ces deux maladies

### **4. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Améliorer les mécanismes de collaboration entre les deux programmes TB/VIH
2. Réduire la morbi-mortalité de la TB chez les PVVIH
3. Réduire la morbi-mortalité du VIH chez les patients tuberculeux

STRATEGIES ET ACTIVITES	SITUATIONS ACTUELLES	DEFIS	ACTIONS PRIORITAIRES	RESPONSABLE	RESSOURCES DISPONIBLES	SOURCE DE FINANCEMENT	PERIODE			
							T1	T2	T3	T4
<p><b>A. Mécanismes de collaboration</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Créer un organe des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux</li> <li>Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux</li> <li>Planifier conjointement les activités antituberculeuses et anti-VIH</li> <li>Assurer le suivi &amp; évaluation</li> </ol>	inexistant	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de collaboration et d'intégration au niveau des services</li> <li>Insuffisance de ressources humaines qualifiées</li> <li>Plaidoyer/activisme insuffisant en matière de TB</li> <li>Outils inadéquats/ recherche insuffisante</li> <li>Faible capacité du système d'information sanitaire (collecte et gestion des données)</li> <li>Persistance de la stigmatisation et de la discrimination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Créer un plate-forme de coordination conjointe</li> <li>Harmoniser les outils pour la formation (TB/VIH) et le Protocole national de PEC nutritionnelle pour les patient Tuberculeux et les PVVIH</li> <li>Organiser de missions de supervision conjointe</li> <li>Organiser le Plaidoyer au niveau des leaders</li> <li>Renforcer la société civile dans l'activisme vis-à-vis de TB (le réseau des PVVIH)</li> <li>Systématiser la Recherche active de la TB et sa PEC dans tous les services de PVVIH</li> </ul>	Gouvernement (CNLS/PNT)	A mobiliser	Gouvernements/ Partenaires (ONUSIDA/BM/FM)	X			
<p><b>B. Réduire la charge de morbidité tuberculose chez les PVVIH</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Intensifier le dépistage des cas de tuberculose</li> <li>Mettre en place le traitement préventif à l'isoniazide</li> <li>Maitriser l'infection tuberculose dans les services de santé et les établissements collectifs</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limiter aux grands centres</li> <li>2. Inexistant</li> <li>3. inexistant</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté de diagnostic: Absence de gratuité de la radiographie pulmonaire prescrite dans le cadre du bilan initial</li> <li>Des mesures adéquates de contrôle de l'infection TB ne sont pas encore mis en œuvre dans la plupart des centres de prestation de services de soins et de traitement des PvVIH</li> <li>Mise en œuvre faible des Trois I's</li> <li>Insuffisance de ressources humaines qualifiées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le Plateau technique en matériels de laboratoire pour la réalisation du bilan initial</li> <li>Renforcer les capacités de tout personnel de santé pour les soins et soutien aux TB/VIH+</li> <li>Former le personnel des centres de prise en charge des PVVIH sur les nouveaux algorithmes de dépistage de la TB</li> <li>Systématiser la mise en œuvre des 3i</li> </ul>	PSLS/MSP	Oui /ressources supplémentaires	Gouvernements/P artenaires (OMS/UNICEF/FM)	X	X	X	X

<p><b>C. Réduire la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assurer le conseil et le dépistage du VIH</li> <li>2. Appliquer des méthodes de prévention du VIH</li> <li>3. Mettre en place le traitement préventif au cotri</li> <li>4. Dispenser des soins et assurer un accompagnement aux personnes touchées par le VIH/SIDA</li> <li>5. Mettre en place le TARV</li> </ol>	<p>Limiter aux grands centres</p>	<p>Difficulté de diagnostic: Absence de gratuité de la radiographie pulmonaire prescrite dans le cadre du bilan initial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Des mesures adéquates de contrôle de l'infection TB ne sont pas encore mis en œuvre dans la plupart des centres de prestation de services de soins et de traitement des PvVIH</li> <li>. Mise en œuvre faible des Trois I's</li> <li>. Insuffisance de ressources humaines qualifiées</li> </ul>	<p>Renforcer le Plateau technique en matériels de laboratoire pour la réalisation du bilan initial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Renforcer les capacités de tout personnel de santé pour les soins et soutien aux TB/VIH+</li> <li>. Former le personnel des centres de prise en charge des PVVIH sur les nouveaux algorithmes de dépistage de la TB</li> <li>. Systématiser la mise en œuvre des 3i</li> </ul>	<p>PNT/MSP</p>		<p>Gouvernements/Partenaires (OMS/UNICEF/FM)</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>

## **5. DEFIS**

- Manque de collaboration et d'intégration au niveau des services
- Insuffisance de ressources humaines qualifiées
- Difficulté de diagnostic: Absence de gratuité de la radiographie pulmonaire prescrite dans le cadre du bilan initial
- Faible capacité du système d'information sanitaire (collecte et gestion des données)
- Des mesures adéquates de contrôle de l'infection TB ne sont pas encore mis en œuvre dans la plupart des centres de prestation de services de soins et de traitement des PvVIH
- Plaidoyer/activisme insuffisant en matière de TB
- Outils inadéquats/ recherche insuffisante
- Mise en œuvre faible des Trois I's
- Manque de mobilisation sociale
- Persistance de la stigmatisation et de la discrimination
- 

## **6. PARTENARIAT ET MOBILISATION DES RESSOURCES**

Outre l'apport du gouvernement qui assure la gratuité de la prise en charge, pour le passage à l'échelle de la collaboration TB/VIH, l'équipe de coordination entend s'appuyer sur ces partenaires impliqués dans la lutte contre les deux maladies. Par ailleurs, la société civile, le secteur privé et confessionnel seront mis à contribution. L'harmonisation des outils spécialement, dans le cadre de suivi et évaluation sera améliorée pour plus de cohérence avec ceux des partenaires.

## **7. PERSPECTIVES**

- Renforcement du Plateau technique pour la réalisation du bilan initial
- Renforcement des capacités de tout personnel de santé pour les soins et soutien aux TB/VIH+
- Formation du personnel des centres de prise en charge des PVVIH sur les nouveaux algorithmes de dépistage de la TB
- Systématisation de la Recherche active de la TB et sa PEC dans tous les services de PVVIH
- Mettre en œuvre les 3i

## **8. BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE**

Une assistance technique sera sollicitée dans les domaines suivants :

- Renforcement des capacités
- Suivi et évaluation et recherche opérationnelle
- Révision et harmonisation des outils

TOGO

Domaine	Interventions en cours	Interventions pour améliorer ce qui est en cours	Interventions pour passer à échelle	Obstacles pour passer à l'échelle	Financement	AT
A- Mise en place de mécanisme de collaboration	A1- Comité de collaboration TB/VIH existe au niveau national et régional * Convention de collaboration signée entre les deux programmes * Nomination des PF TB/VIH dans les deux programmes	* Renforcer les capacités managériales des organes de coordinations des activités conjointes TB/VIH *Réunions périodiques des comités TB/VIH	Renforcer les connaissances et les compétences des praticiens des structures hospitalières (35 Hôpitaux de districts, 6 Hôpitaux régionaux et 3 CHU) Assurer l'Intégration des services TB/VIH dans les structures de soins (formation des prestataires de soins et laborantins des CDT et des CPEM des PVVIH)	*Insuffisance de collaboration entre le deux programmes *Verticalité dans les actions des deux programmes * Insuffisances de Ressources financières et humaines	Etat (CNLS), FM, autres partenaires	*pour évaluation des RH par niveau de la pyramide sanitaire
	A2- * Mise en place des outils de gestion des données TB/VIH dans les CDT * Mise en place des réactifs de dépistage du VIH dans les CDT * Offre des services de conseil et dépistage du VIH aux malades TB	Formation des agents sur l'utilisation des différents outils		Insuffisances de Ressources financières	Etat (CNLS)	Non
	A3 Existence d'un plan conjoint dans le RCC sur le R4 (PSI)		Recruter 1 consultant International et 1 consultant national pour évaluer les besoins en ressources humaines par niveau de la pyramide sanitaire pour la mise en œuvre des activités	Insuffisances de Ressources financières	FM	
	A4	Organiser un Atelier National d'élaboration du Plan de S&E des activités conjointes TB/VIH Réaliser des activités de Supervision des activités combinées TB / VIH à tous les niveaux		Insuffisances de Ressources financières	FM et autres partenaires	Oui

Domaine	Interventions en cours	Interventions pour améliorer ce qui est en cours	Interventions pour passer à l'échelle	Obstacles pour passer à l'échelle	Financement	AT
B- Réduction de la charge de morbidité tuberculeuse chez les PVVIH	B1 *intégration des données TB sur les fiches de collecte de données de prise en charge des PVVIH		*Elaborer le guide de prise en charge de la co-infection avec les questionnaires de screening et les fiches de références et de contre référence	Financement	OMS	Non
	B2 * Discussion sur la mise en place du traitement préventif à l'Isoniazide	Amélioration du plateau technique des hôpitaux pour le diagnostic de la TB chez les PVVIH.		Financement	OMS, FM et autres partenaires	Non
	B3 * Existence d'un plan de Contrôle de l'infection TB au CHU Tokoin	Mise en œuvre du plan	Extension du mécanisme de contrôle autres structures de santé	Financement	OMS, FM, UICTMR	Non

Domaine	Interventions en cours	Interventions pour améliorer ce qui est en cours	Interventions pour passer à l'échelle	Obstacles pour passer à l'échelle	Financement	AT
C – Réduction de la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients TB	C1 *Conseil et dépistage du VIH	* Formation des agents des CDT en conseil et dépistage du VIH *Supervision périodique *	*Systématisation de l'offre des services de conseil et dépistage dans les CDT *Assurance de la disponibilité constante des réactifs et consommables * Renforcement des compétences de la société civile en matière de lutte contre la co- infection TB/VIH	Ressources financières	FM et autres partenaires	Non
	C2 * Information sur les différentes méthodes	* Capitalisation des acquis /expériences	*Intensification des activités de CCC		FM, Etat et autres	Non

	* Distribution des préservatifs dans tous les centres de santé publics *marketing social par PSI					
	C3 *Prévention au CTM	*Doter systématiquement les CDT en CTM *Collecte systématiques des données de consommation du CTM			FM et autres partenaires	Non
	C4 Soins et accompagnement aux personnes touchées par le VIH	Renforcement des capacités des structures de PEC des PVVIH	Formation des personnes en charge de la PEC des PVVIH		OMS, FM	Non
	C5 TAR des co-infectés	Assurer la disponibilité et la gratuité des ARV Mise en place d'un mécanisme de référence et de contre référence entre les CDT et structures associatives de PEC des PVVIH			Etat, FM et autres partenaires	Non