

**Activités collaboratives
TB/VIH AU RWANDA**

JUILLET 2009

Dakar

Contenu

- 1. Contexte**
- 2. Situation de la TB**
- 3. Epidémie TB-VIH**
- 4. Politique TB-VIH**
- 5. Dépistage de routine du VIH chez les patients TB**
- 6. Screening de la TB chez les personnes VIH+**
- 7. Intégration TB-VIH**
- 8. Mortalité liée à la TB et au VIH et mesures de réduction**
- 9. Dépistage du VIH chez les suspects de TB**
- 10. Evaluations ciblées**
- 11. Défis**

1. CONTEXTE

Superficie: 26.338 km²

Pop. 9 millions

Densité ~ 300 hab./ km²

PNB / hab. 350 USD

60% pop. < seuil de pauvreté.

Population rurale: 85%

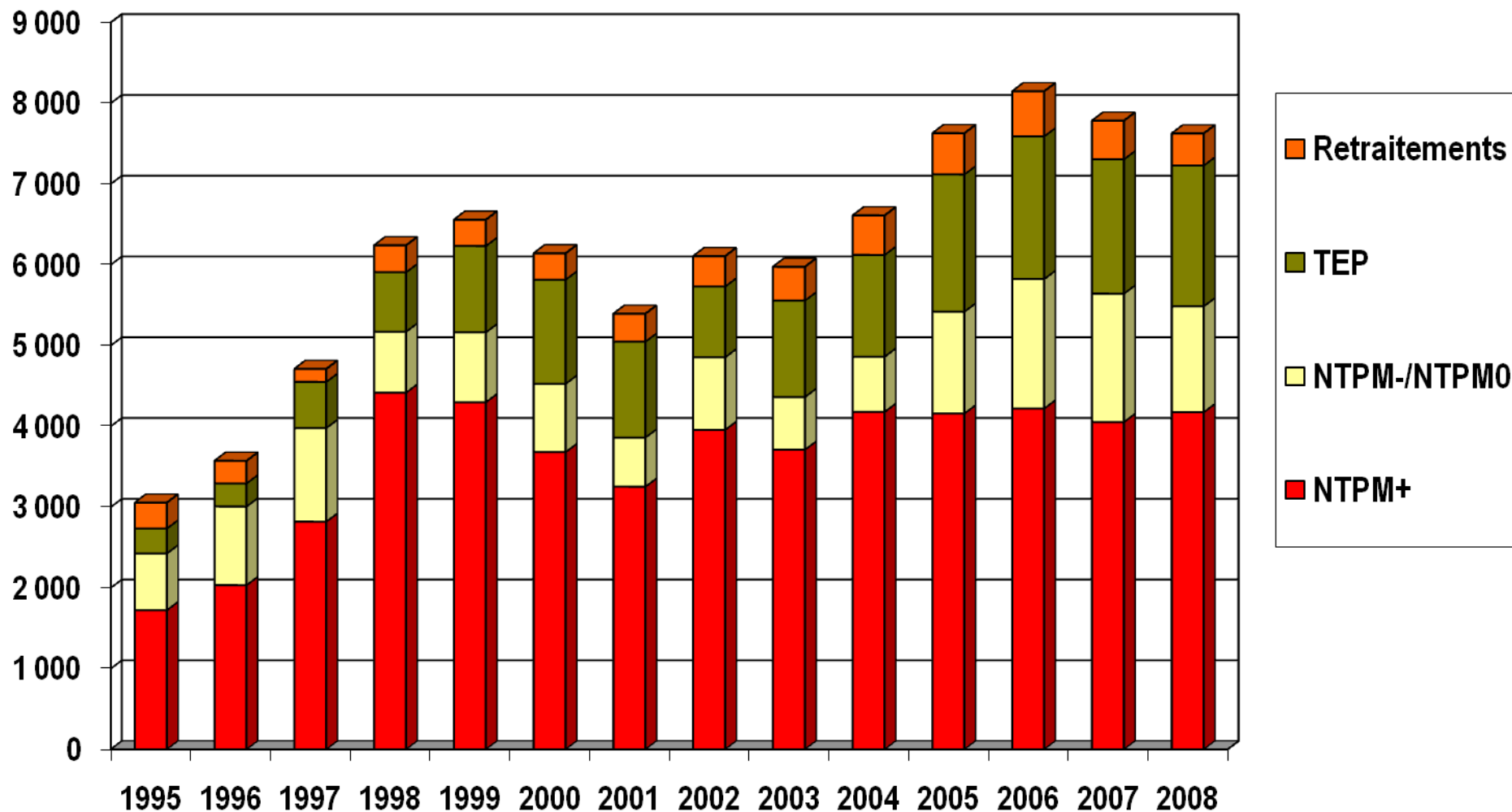
-60%: accès <5km d'une FOSA

**85% de la population est couverte
par les mutuelles de santé**

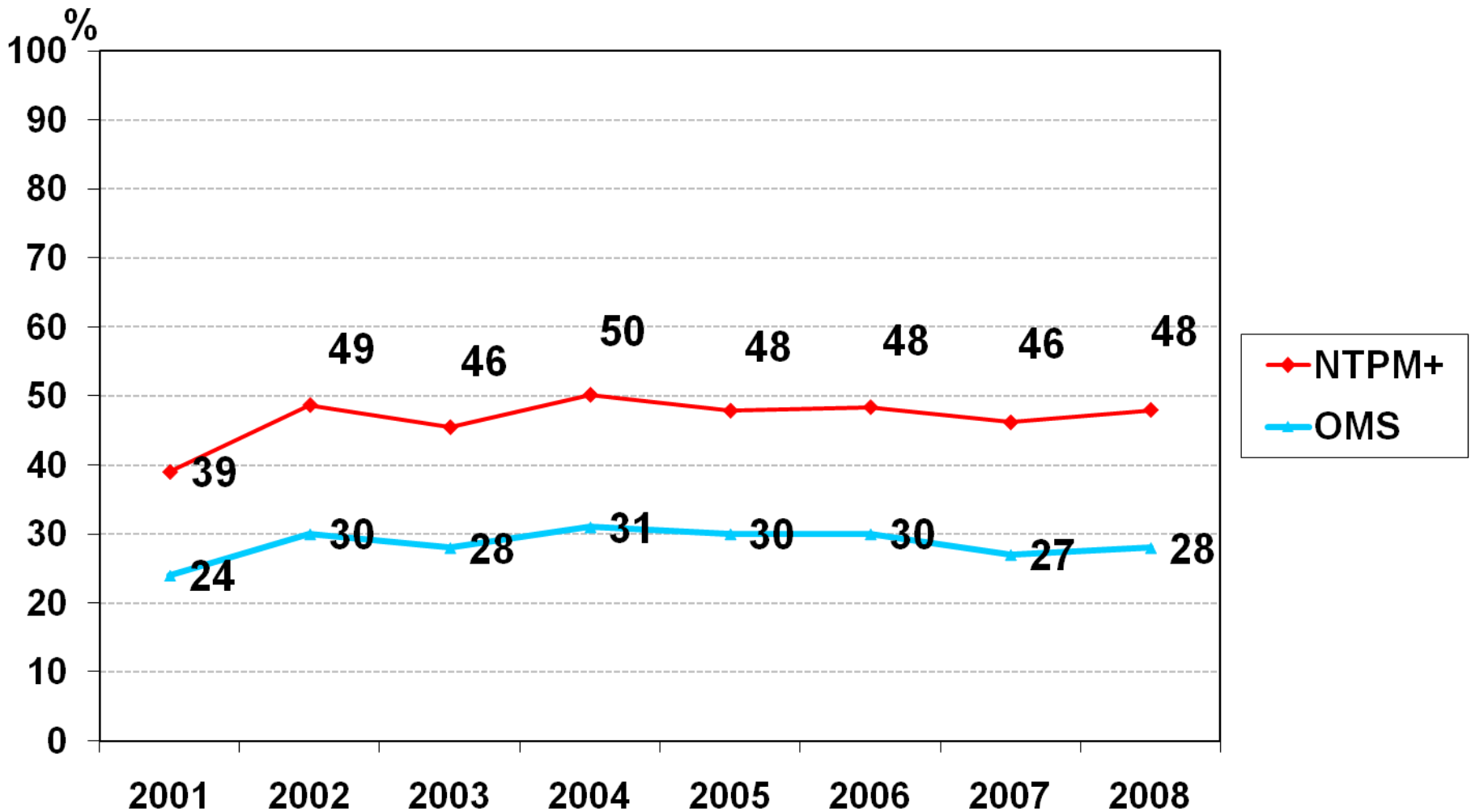


2. Situation de la TB

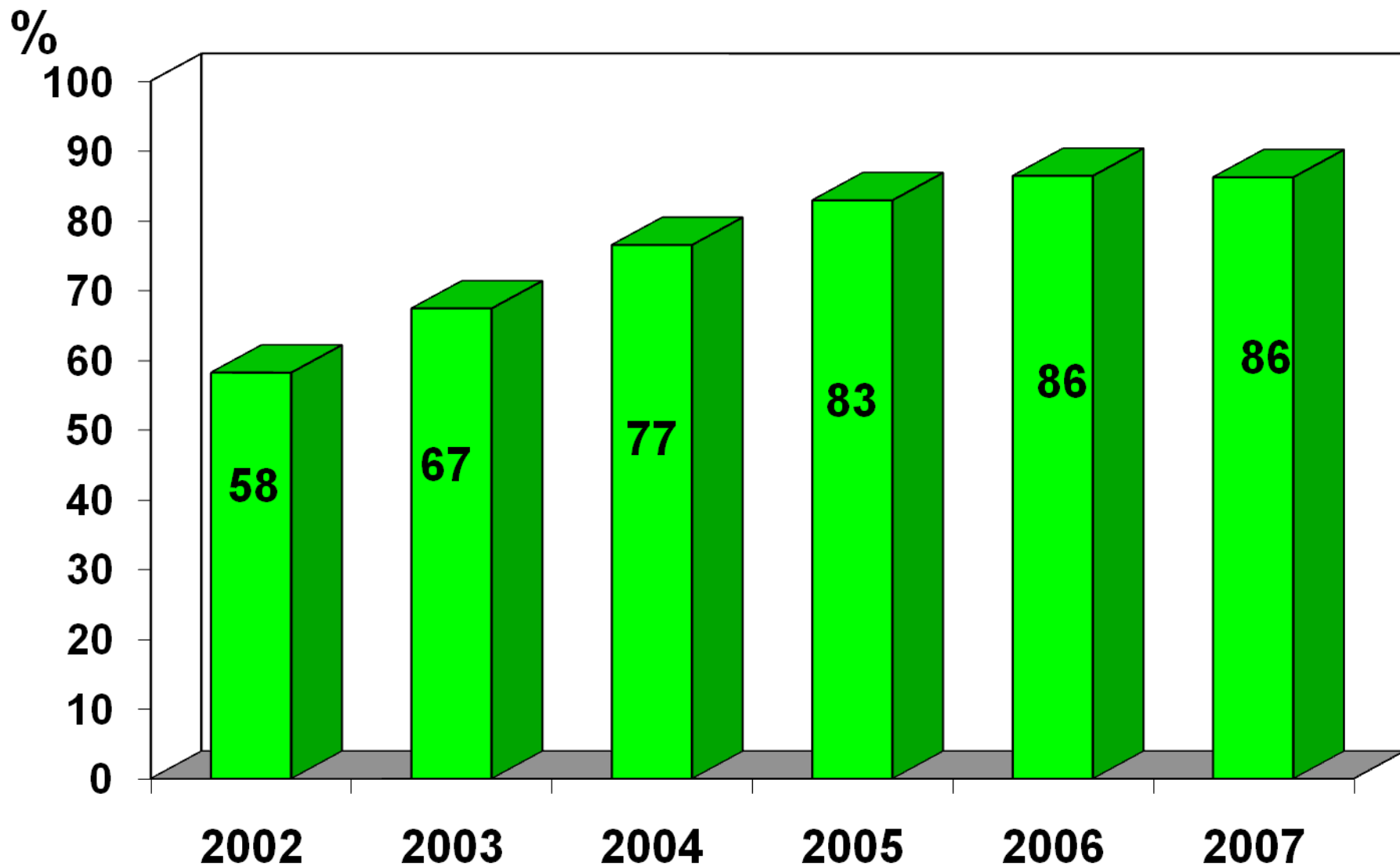
Notification des cas de tuberculose. Rwanda 1995 à 2008



Taux de dépistage



Taux de succès parmi les NTPM+





Epidémie VIH



Epidémie TB



DOTS

Ampleur de l'épidémie du VIH au Rwanda en 2008

- 65,960 sous ARV fin Mai 09;
- **Décentralisation des services**

	2002	→	octobre 2008	
– VCT:	23	→	329 HF	(60% des FOSA)
– PMTCT:	33	→	309 HF	(56%)
– ARV:	4	→	209 HF	(38%)
- **Fin Mars 2009**
 - CDT avec VCT : 95%
 - CDT avec ARV : 90%

4. La POLITIQUE nationale de collaboration TB/VIH suit les recommandations de l'OMS

- “2 maladies, 1 patient”
 - Centrer l’attention sur le patient.
 - Développer des activités de collaboration sur base des stratégies existantes de contrôle de la TB et du VIH.
- Adoption en octobre 2005
- Un groupe de travail est mis en place



Politique TB/HIV

A. Mettre en place les mécanismes de collaboration

A.1 Création d'un groupe de travail national chargé des activités conjointes TB/HIV

A.2 Mener la surveillance sur la prévalence du VIH chez les malades tuberculeux

A.3 Faire une planification conjointe en matière de la TBC et du VIH

A.4 Monitoring et l'évaluation des activités conjointes contre la TB et le VIH

B. Réduire la charge de morbidité de la TB chez les PVV

B.1 Intensifier le dépistage des cas de tuberculose

B.2 Maîtriser l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs

C. Réduire la morbidité due au VIH chez les patients TB

C.1 Assurer le counseling et le dépistage du VIH

C.2 Appliquer des méthodes de prévention du VIH

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

C.4 Assurer les soins et le soutien aux malades du VIH/SIDA

C.5 Introduire la thérapie anti-rétrovirale



Elaboration de matériel éducatif

Abantu babana n'ubwandu bw'agakoko gatera SIDA bakunze kurwara igituntu. Niba waranduye agakoko gatera SIDA, cunga ko wagaragaza ibimenyetso by'igituntu

Ikimenyetso cy'ingenzi cy'igituntu ni inkorora irambye.

Ibindi bimenyetso ni:

- ♦ Umunaniro no kuribwa mu gatuza
- ♦ Guhinda umuriro, kubira ibyuya
- ♦ Kugira ikizibakanwa no kunanuka.

Igituntu ni indwara ivurwa igakira kabone n'ubwo waba ubana n'ubwandu bw'agakoko gatera SIDA. Imiti itangwa k'ubunturu!

Kugirango bagusuzume utanga ibikororwa bitatu muri laboratwari.

République du Rwanda
Ministère de la Santé
PNILT-TRAC

Akenshi igituntu ni cyo kimenyetso cya mbere kigaragaza nk'icyuririzi kubabana n'ubwandu bw'agakoko gatera SIDA



Niba urwaye igituntu isuzumisha n'ubwandu bw'agakoko gatera SIDA

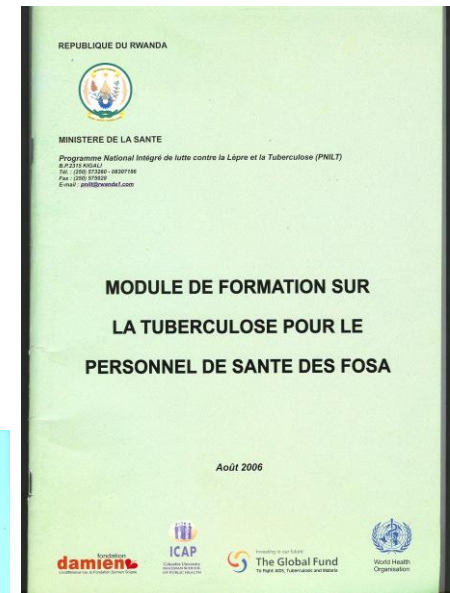
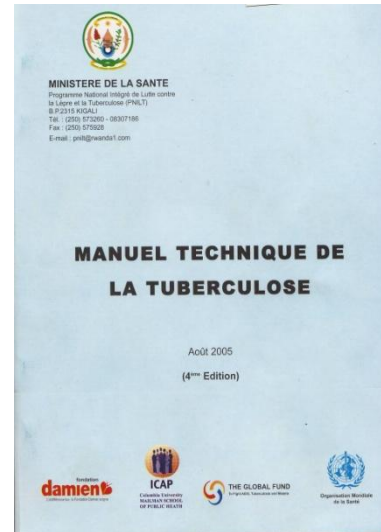


- ♦ Niba ubana n'ubwandu bw'agakoko gatera SIDA :
 - o Uzahabwa imiti ya ngombwa
 - o Uzigishwa uburyo ugomba kwirinda kwanduza abandi
- ♦ Niba utarandura agakoko gatera SIDA, uzigishwa uburyo bwo gufata ingamba za kwirinda.

République du Rwanda
Ministère de la Santé
PNILT-TRAC

Révision des Normes techniques et des supports d'information

- Inclusion d'un chapitre TB/VIH dans le manuel technique
- Production d'un module de formation TB/VIH
- Système d'information incluant l'information TB/VIH



REPUBLIQUE DU RWANDA
MINISTRE DE LA SANTE
PNILT

N° TB : (CDT) :
N° TB : (CDT) :

FICHE DE TRAITEMENT TUBERCULOSE

NOM : PRENOM :
SEXE : AGE : OCCUPATION :
DISTRICT : SECTEUR :
CELLULE : QUARTIER :

PERSONNE A CONTACTER : TEL :

DIAGNOSTIC : le au CDT
UNITE DE TRAITEMENT (OSANS) : DATE DEBUT TRAITEMENT :

Nouveau cas	<input type="checkbox"/>	TB Pulm. BK +	<input type="checkbox"/>
Recherche après schéma	<input type="checkbox"/>	TB Pulm. BK nég.	<input type="checkbox"/>
Echec du schéma	<input type="checkbox"/>	TB Pulm. BK non trait	<input type="checkbox"/>
Reprise après abandon	<input type="checkbox"/>	TB Extrapulmonaire	<input type="checkbox"/>
Transféré de	<input type="checkbox"/>	(préciser la localisation)	
Autre (spécifier)	<input type="checkbox"/>		

Date	Résultats examens de crachats	Autres examens		
D		Examen	Date	Résultat
C2		RX		
C3				
C4				
C5				
Fin		Culture		
		Test de sensibilité		TB-AR <input type="checkbox"/>
		Autre :		

Test de VIH		Père en charge VIH		N° de dossier VIH	
Date	CMR	Date	Sexe	Date	Prise
Leto	Continuante	Non	Oui	Date de début	
Résultat	APV	Non	Oui	Date de début	

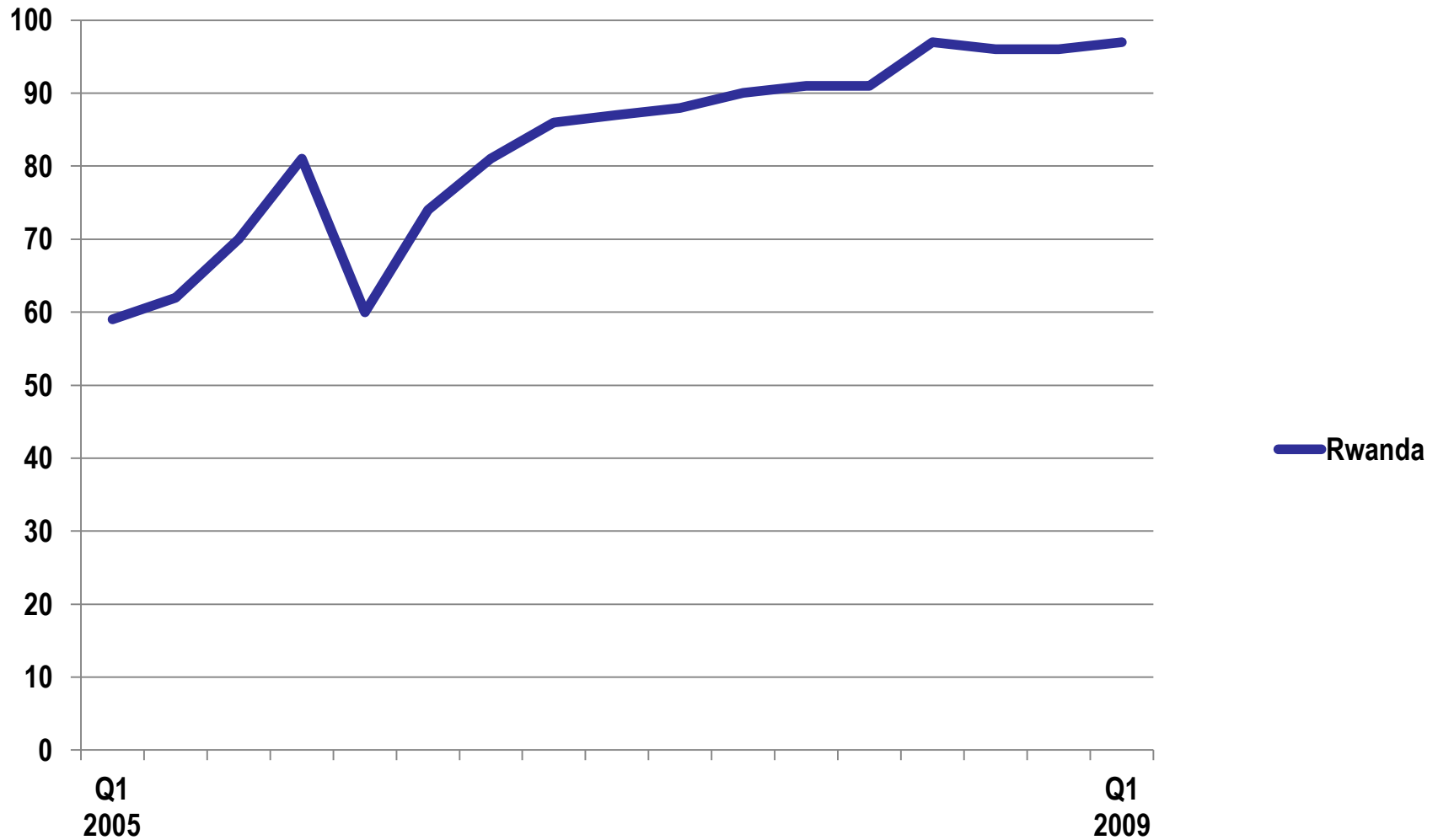
FIN TRAITEMENT Date :

Guéri, BK négatif Trait. terminé Echec, BK positif Décédé Perdu de vue Examené vers

5. Dépistage de routine du VIH chez les patients atteints de tuberculose

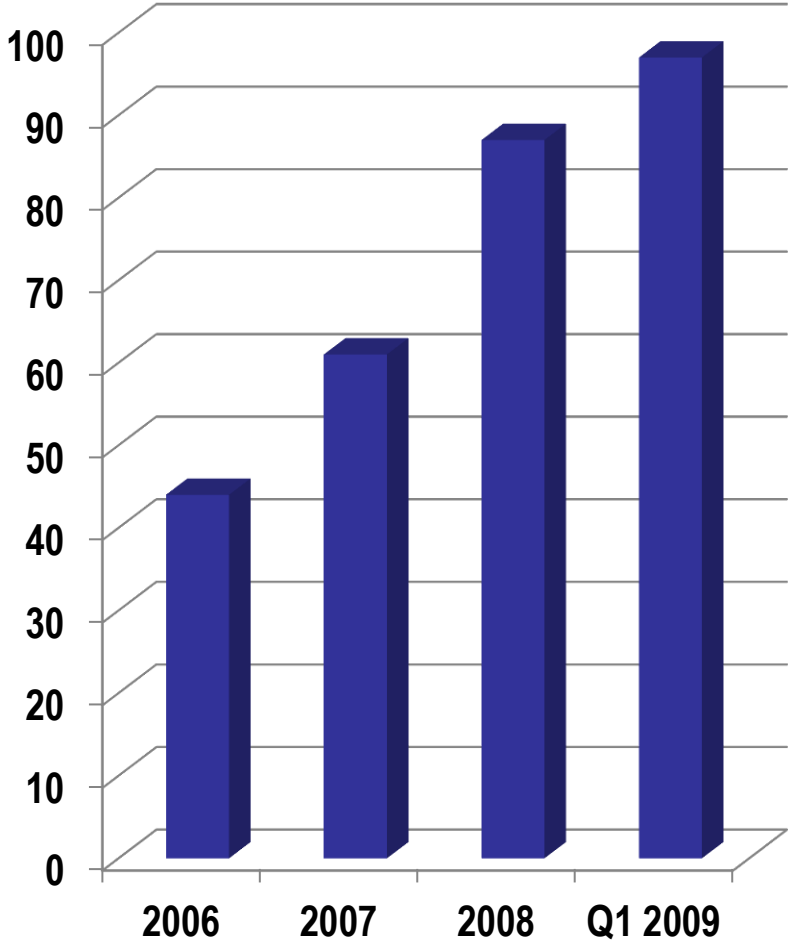


HIV Testing in TB patients, Rwanda, 2005 – Q1, 2009

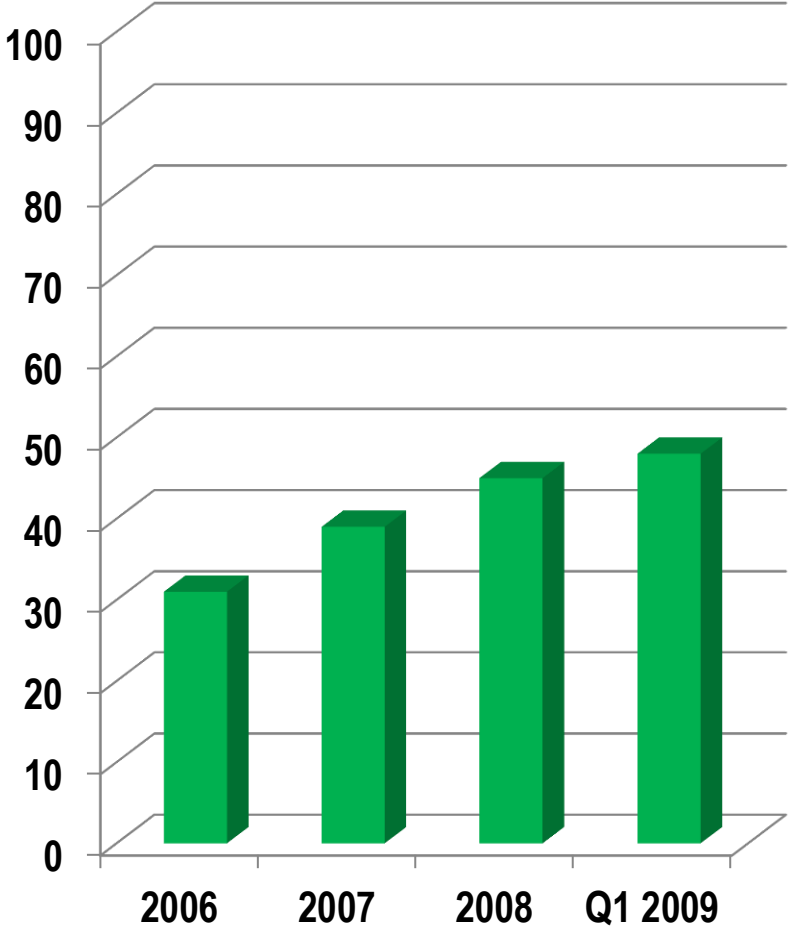


HIV Care and Treatment in TB Patients in Rwanda

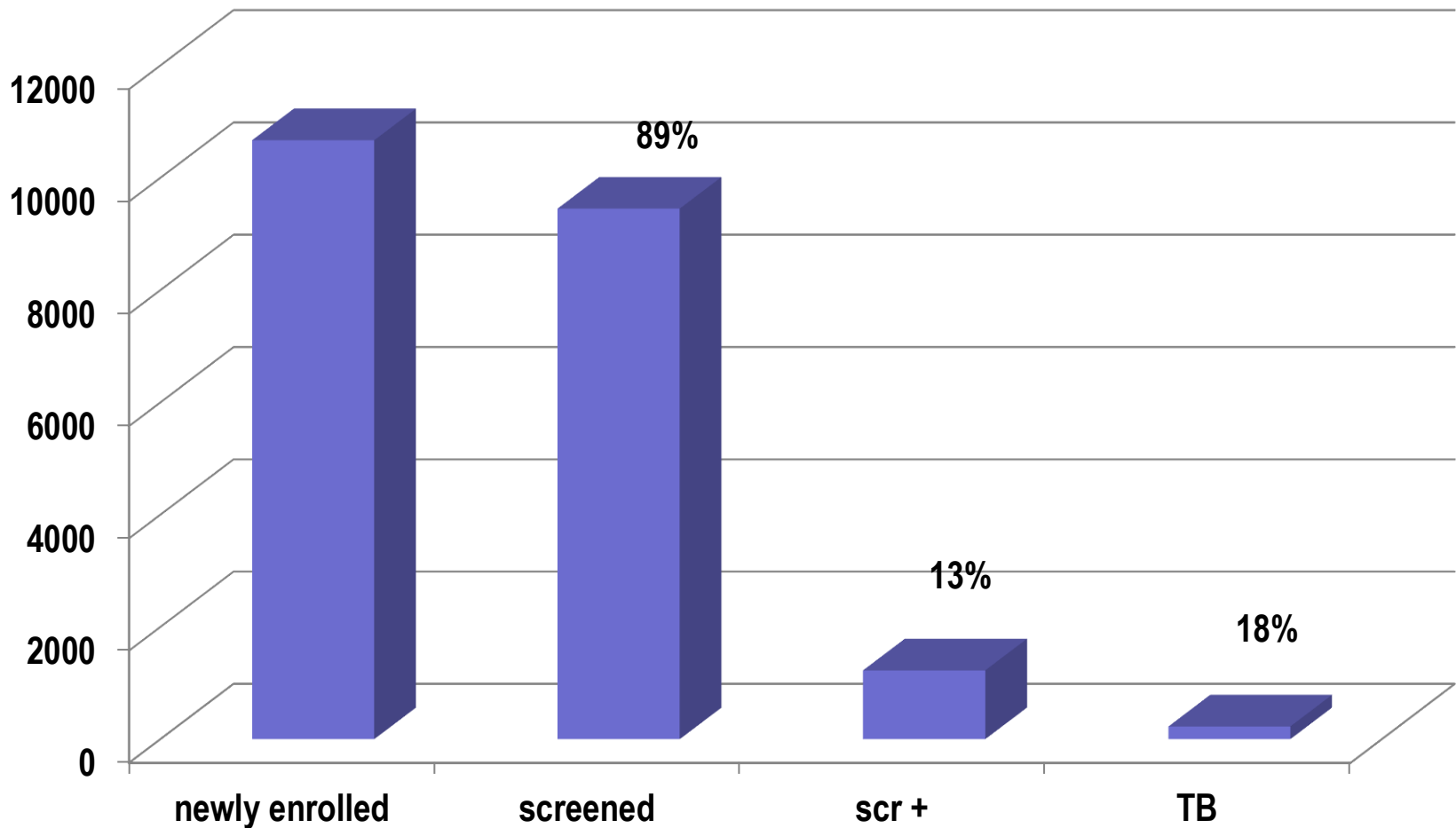
CPT



ART

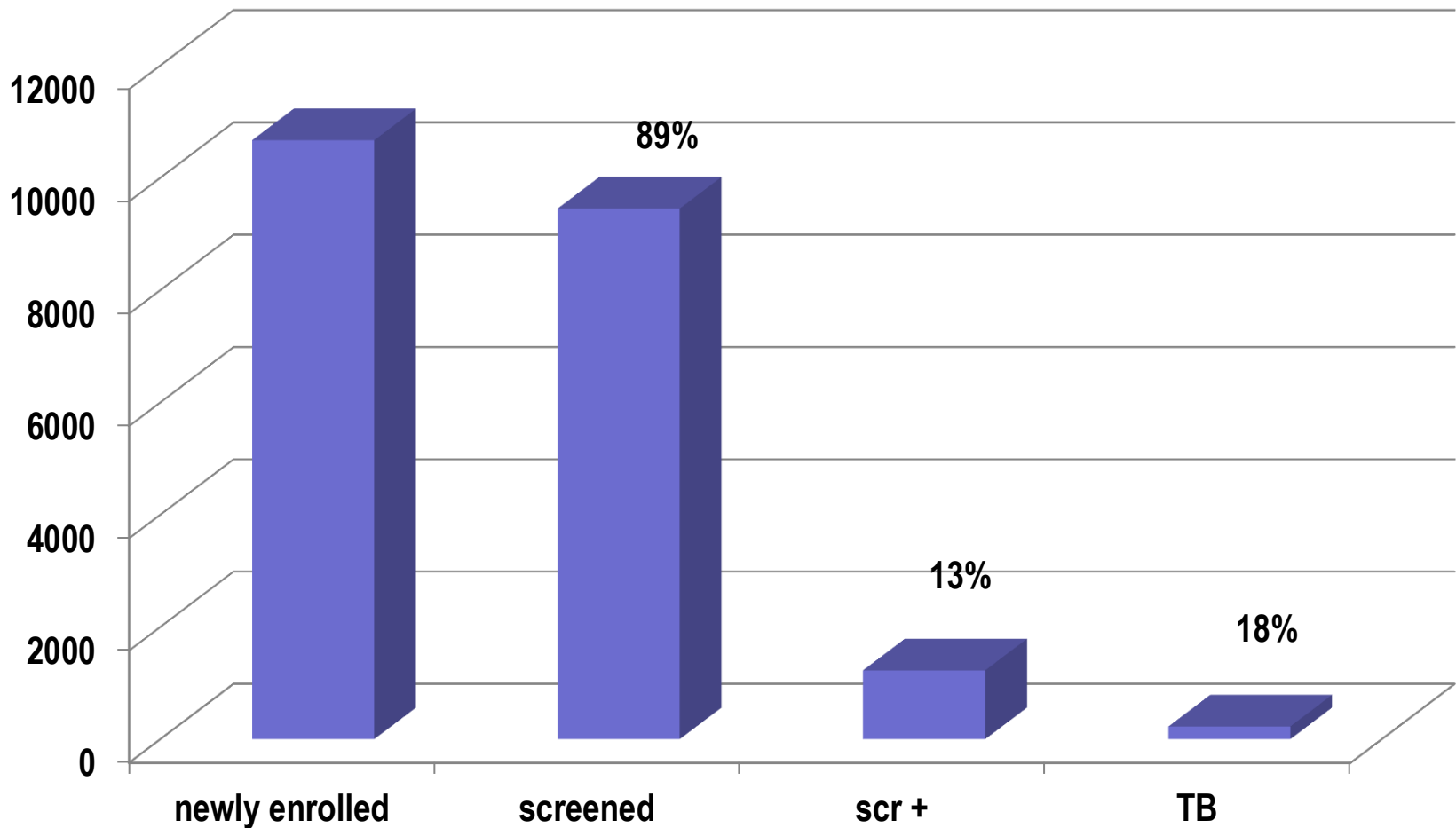


TB Screening in Patients Newly Enrolled at 123/194 (63%) HIV Care and Treatment Clinics in Rwanda, S2 2008, n=10668



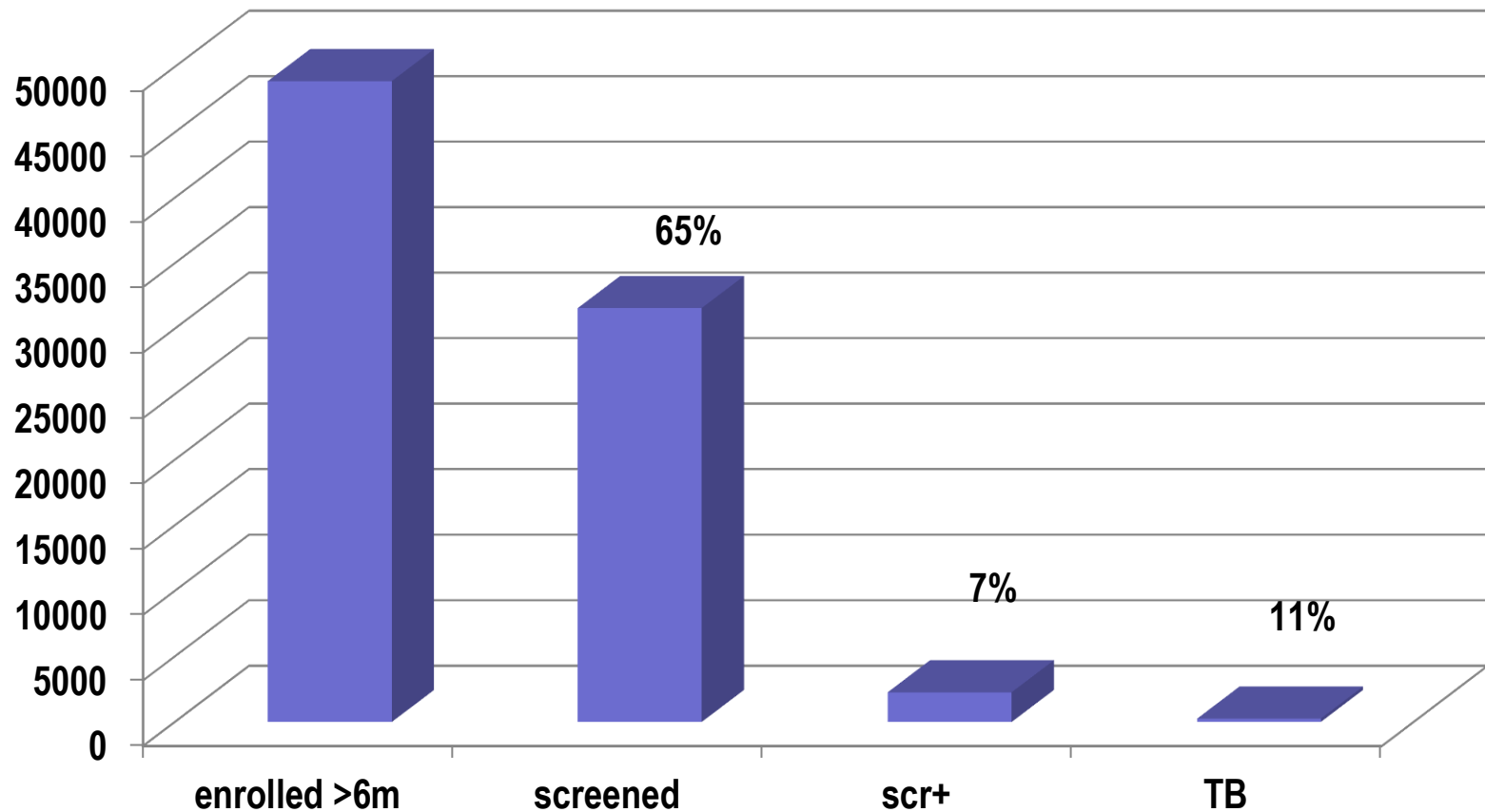
The prevalence of TB in newly enrolled patients was 226/9451 (2.39%)

TB Screening in Patients Newly Enrolled at 123/194 (63%) HIV Care and Treatment Clinics in Rwanda, S2 2008, n=10668



The prevalence of TB in newly enrolled patients was 226/9451 (2.39%)

TB Screening at Follow Up Visits for Patients Enrolled > 6 Months at 104/194 (54%) HIV Care and Treatment Clinics in Rwanda, S2 2008, n= 48908



The incidence of TB among pts enrolled into care for > 6 months was 254/31571 (0.44%)

	Dépistage de routine	VCT
Patient	Vient pour TB mais n'attend pas à être testé pour le VIH	Client demande à être testé
Pré-test counselling	<ul style="list-style-type: none"> • Explique que le test de routine du VIH est indiqué pour tous les patients TB • l'importance du diagnostic précoce • les services de prise en charge disponibles • le droit de refuser 	Une session complète d'éducation et counselling, incluant la confidentialité du test, consentement, évaluation des comportements à risque et prévention
Qui utilise les résultats	Personnel de santé – pour faire un diagnostic et donner traitement correct	Client – pour prendre des décisions dans sa vie personnelle
Type de service?	Le personnel de santé fait le test sauf si le patient refuse	Anonyme ou confidentiel

6. Questionnaire pour le screening de la TB chez les personnes infectées par le VIH

- 1. Le patient tousse depuis > 3 semaines?**
- 2. Le patient a des sueurs nocturnes depuis > 3 semaines?**
- 3. Le patient a perdu > 3 kg pendant les 4 dernières semaines?**
- 4. Le patient a de la fièvre depuis > 3 semaines?**
- 5. Le patient a eu un contact étroit avec un malade TB vivant dans la même maison?**

Screening de la TB chez les PVV

- **En général le screening est bien fait à l'enregistrement des personnes VIH+ mais pas systématique lors des visites de suivi.**
- **En cas de screening positif (suspicion de TB) l'investigation diagnostique ne suit pas l'algorithme du programme et est trop lente.**
- **Les moyens diagnostic sont faibles au niveau des FOSA et il est nécessaire de renforcer les labo TB, l'accessibilité à la RX et la formation des ressources humaines.**
- **Le rapportage du screening et de l'investigation diagnostique sont souvent incomplets dans le dossier VIH du patient ⇒ évaluation difficile**

Amélioration du diagnostic de la TB en général et en particulier chez les PVV

- **Formation des médecins des hôpitaux sur l'interprétation des RX thorax, en particulier images liées à la TB et au VIH et discussion de cas cliniques (2007 et 2008)**
- **Passage au Ziehl Nelson en 2008.**
- **Mise en œuvre de nouvelles techniques de labo microscopie à fluorescence dans 9 CDT, prochainement tests rapides pour détection des résistances à R et H, cultures rapides et renforcement du système de transport des échantillons.**

7. Centres modèles d'intégration TB/VIH



- Objectif des centres modèles (2005) : tester et identifier les meilleures pratiques de dépistage de la coinfection et d'intégration des services TB-VIH
- 2 centres modèles: 1 centre rural et 1 urbain
- A partir de 2008, le modèle testé dans les 2 centres modèles est étendu dans tout le pays
- Tous les infirmiers des services TB reçoivent une formation théorique et pratique dans les centres modèles (après dans les hopitaux ayant mis en œuvre la stratégie)

Objectifs du « one-stop service »

- **Améliorer la qualité de la prise en charge des malades TB-VIH+ (1 patient avec 2 maladies)**
 - Soins centrés sur le patient
 - Diminution des rendez-vous et temps d'attente
 - Une seule équipe chargée de la prise en charge
 - Amélioration de l'adhérence aux ARV
 - Réduction du stigma lié au VIH
- **Diminuer le risque de transmission de la TB au sein des services VCT, ARV, PMTCT**

Fonctionnement du « One-stop service »

L'infirmier du service TB:

- A été formé sur intégration TB-VIH (théorique et pratique)
- Offre le dépistage du VIH à tous les malades TB
- Enregistre les malades coïnfectés dans la PEC du VIH
- Prélève le sang pour le comptage des CD4
- Distribue le CTX à tous les malades TB infectés par le VIH
- Fait évaluer l'éligibilité aux ARV par le médecin et distribue les ARV si le malade est éligible:
 - Auto-administration si le malade est sous ARV avant le traitement anti-TB
 - Sous DOT, si ARV commencés pendant le traitement anti-TB
- A la fin du traitement anti TB, l'infirmier accompagne le patient à la clinique ARV pour le suivi de son traitement.

Autres activités des centres modèles

- Visite à domicile et examen des contacts des cas TPM+
- Si le malade est coinfecté, l'infirmier offre le dépistage du VIH aux autres membres de la famille
- Formation pratique sur l'intégration TB-VIH
- Screening de la TB pendant le counseling post-test dans les services VCT/PMTCT services.
- Screening systématique de la TB pour tous les malades hospitalisés.

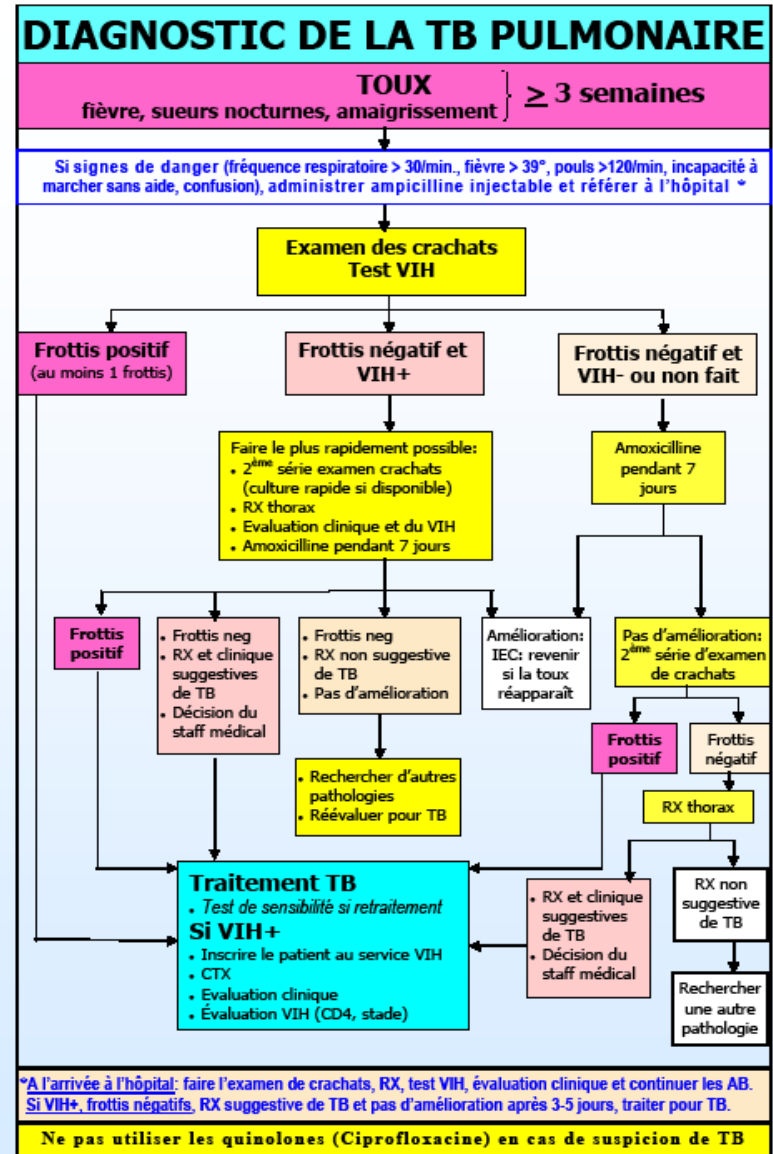
8. Taux de décès liés à la TB en fonction des catégories de cas et du statut VIH (Cohorte 2007)

	Évalués	Décédés	Tx de décès
NTPM+	4081	200	4,9%
Retraitement	448	30	6,7%
TPM-/0/EP	3231	513	15,9%
Cas « autres »	236	44	18,6%
Total	7996	787	9,8%
VIH+	2185	424	19,4%
VIH-	3919	288	7,3%

Actualisation de l'algorithme diagnostique

(Juin 2008)

- Dépistage du VIH indiqué pour tous les suspects de TB
- Afin de réduire la mortalité, le diagnostic de la TB doit être accéléré chez les suspects VIH+ (si crachats nég, faire le plus rapidement possible 2^{ème} série, RX thorax et examen clinique)



Autre mesure visant à réduire la mortalité (juin 09): l'éligibilité aux ARV pour les malades coïnfectés est passe à < 500 CD4

TRAITEMENT DES MALADES TB – VIH / SIDA

TBP et CD4 < 500 / mm³
ou TBEP

- Mettre en route le traitement anti-TB.
- Commencer ARV entre 2 à 8 semaines après le début du traitement antituberculeux.
TDF+ 3TC/FTC+EFV
ABC+3TC+EFV
- Pour les femmes enceintes au cours du premier trimestre uniquement :AZT /D4T+3TC+ABC1, 2
- Pour les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre uniquement : ABC/AZT+3TC+EFV

TBP et CD4 >500 /mm²

- Traitement anti-TB.
- Faire le CD4 après 2 mois de traitement antituberculeux,
 - si CD4 >500 continuer le traitement antituberculeux seul;
 - si CD4 <500 initier le traitement ARVs.

9. Dépistage du VIH chez les suspects TB

- Inclus dans le rapport trimestriel à partir de 2009
- T1 /2009:
 - 37% des suspects testés pour le VIH
 - 13% des suspects testés sont VIH+
(3% dans la population générale)

10. Evaluations ciblées

- **Evaluation de l'accessibilité et acceptabilité du dépistage du VIH parmi les patients TB (2005): montre que les barrières sont souvent chez le personnel qui ne se sent pas à l'aise d'offrir le test.**
- **Evaluation des approches de screening de la TB chez les enfants VIH positifs (2008)**
- **2009: évaluation du questionnaire de screening de la TB chez les adultes infectés par le VIH**

11. Défis TB-VIH

- **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**