

**Atelier de Passage à Echelle des activités de collaboration Tb & VIH
Dakar-Sénégal ; 1 – 3 Juillet 2009**

**SURVEILLANCE & EVALUATION DES
ACTIVITES DE COLLABORATION
TB & VIH : Expérience du Cameroun
Dakar Juillet 1, 2009**

Préparée par :

**ELAT, Dr Jean Bosco, SP-GTC/CNLS
OTTOU, Dr François; SP-Ad SP-GTC/PNL-TB
DION, Dr Grace, GTC/CNLS
NOLNA, Dr Désiré, PNL-TB
Etienne KEMBOU OMS/Cameroun
Lamine M, Dr Sakho, ONUSIDA/Cameroun**

Plan de Présentation

- **Contexte**
- **Epidémiologie de la TB & VIH/Sida au Cameroun**
- **Disponibilité/Offre de services VIH et TB**
- **Interventions essentielles : Surveillance de la co-infection TB et VIH/Sida**
- **Difficultés rencontrées**
- **Oppurtunités**
- **Perspectives**

CONTEXTE

- En entraînant une diminution de l'immunité, le VIH facilite le développement de la TB, ou augmente le risque de développer la maladie chez les patients co-infectés
- L'infection à VIH est un facteur de risque pour la TB
 - Affaiblissement de l'immunité en détruisant les lymphocytes
- TB entraîne une progression rapide vers le stade SIDA
 - La coinfection TB&VIH entraîne une augmentation de la virémie

1. Présentation et Epidémiologie de la TB et VIH/Sida au Cameroun

- Population: 17 240 211 habitants
- 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 : 195 cas/100 000 hbt (2007)



2. Disponibilité/Offre de services VIH et TB

- 144/178 DS (80%) offrent les services de TB à travers 216 Formations sanitaires (CDT)
- Nb districts sanitaires offrant le TAR: 94 (54%) ; Nb Formations sanitaires offrant le TAR: 133 (24 CTA et 109 UPEC),
- Tous les CTA et UPEC sont des CDT depuis 2006
- File active sous TAR fin déc. 2008: 59 960 dont 2177 enfants
- Couverture des besoins en TAR: 39% des besoins, dont environ 98% en traitement de première ligne
- Taux détection TB : 91% (2007)
- Taux guérison : 74% (2006)
- En 2008, 216 CDT fonctionnels ont permis de dépister 16 144 malades tuberculeux soit 46 % des 35 000 patients tuberculeux attendus
- Parmi ceux-ci, 6 515 (40,4 %) ont été dépistés positifs au VIH et pris en charge par les ARV dans les UPEC/CTA.

2. Interventions essentielles : Surveillance de la co-infection TB et VIH/Sida

- Au Cameroun, une enquête réalisée en 2002 (Kuaban et al.) a révélé un taux de co-infection d'environ 40%.
- Le rapport 2008 du PNLIS 2008 confirme ce taux de 40,4% co-infection de TB/HIV
- La TB est la première I.O qui fait suspecter l'existence d'une infection à VIH
- Parmi les facteurs de risque on note : les conditions d'hygiène, la malnutrition, la promiscuité, les difficultés de suivre les patients TB "contact tracing" pour réduire la prévalence de la TB dans la population générale, voire chez les patients VIH+

Interventions essentielles (suite)

Activités mises en place par le Programme TB

- Conseil et dépistage du VIH (routine) chez les patients TB
- Enregistrement et notification de tous les cas
- Référence des cas VIH+ pour une prise en charge dans les CTA et UPEC
- Fourniture gratuite des tests de dépistage du VIH dans les CDT
- Traitement ARV et TB gratuits pour les patients TB.

Interventions essentielles (suite)

Activités mises en place par le Programme VIH/Sida

- Recherche active de la TB chez tous les patients VIH+
- Elaboration et diffusion, suivi de l'application des directives nationales en cas de diagnostic de la TB chez les patients VIH+.
- Le choix des traitements ARV et anti-TB mets l'accent sur les combinaisons fixes afin d'améliorer l'observance des traitements
- La réduction du coût de la radio du thorax (X-ray) dans tous les CDT et des prix des examens des crachats.

Interventions essentielles (suite) : Prévention à l'INH

- En 2008, le Cameroun a commencé un programme pilote de prophylaxie à l'INH chez les patients VIH+ éligibles
- Le démarrage de ce programme a débuté après un consensus entre les programmes TB et VIH/SIDA sur les directives nationales y compris l'algorithme.
- 10 centres de PEC par ARV ont été choisis pour cette phase pilote qui a démarré en Novembre 2008. Environ 500 PVVIH sont déjà sous INH.
- Le personnel devant réaliser l'IDR a été formé dans tous les centres pilotes, un radiologiste formé par centre.
- Les points focaux ont été désignés au niveau central et régional.
- Les activités sont en cours dans tous les centres pilotes
- L'extension est prévue après évaluation de la phase pilote

Interventions essentielles (suite) : Prévention au Cotrimoxazole

- Tous les patients VIH+ bénéficient de la prophylaxie au cotrimoxazole jusqu'à récupération immunitaire (CD4 >350)
- Administration du cotrimoxazole chez tous les malades VIH+ sous traitement TB (indépendamment du taux de CD4)

Grille de synthèse de la situation des interventions de la coinfection TB & VIH/Sida

| A. Existence de mécanisme de collaboration TB & VIH | Oui/Non | Observations |
|---|----------------|----------------------------------|
| Existence d'un groupe de travail pour la coordination des activités conjointes Tb&VIH | Non | A mettre en œuvre |
| Etudes de surveillance du VIH chez les patients tuberculeux | Oui | Pas fréquentes |
| Planification conjointes TB&VIH | Non | A mettre en œuvre |
| Missions conjointes de supervision, suivi-évaluation | Non | A mettre en œuvre |
| B. Réduire la charge de la TB chez les patients VIH positifs | | |
| Recherche active de la Tb chez les patients VIH positifs | Oui | |
| Chimio prophylaxie à l'INH chez les patients VIH et TB négatif | Oui | Nécessite du passage à l'échelle |
| Prise en charge de la TB en milieu de soins et dans les lieux de détention | Oui | Nécessite un renforcement |
| C. Réduire la charge du VIH chez les patients TB | | |
| Conseil et dépistage du VIH chez les patients TB | Oui | Peu étendu |
| Prévention du VIH chez les patients TB | Oui | Pas ciblée à ce groupe |
| Chimio prophylaxie au cotrimoxazole chez les patients coinfectés VIH/TB | Oui | A renforcer |
| Soins et soutien du VIH chez les patients coinfectés TB/VIH | Oui | |
| Traitement ARV chez les patients coinfectés TB/VIH | Oui | Peu étendu |

DIFFICULTES

- Augmentation de la charge de travail chez les cliniciens pour examiner minutieusement tous les patients VIH+ afin de déceler la TB latente et les inclure dans le programme à l'INH;
- Le nombre de rendez-vous que le patients doit honorer afin que la décision finale ne soit prise;
- La faible adhésion des malades au programme à l'INH alors que ces patients ne présentent des signes évidents de maladie
- Taux élevé de “perdue de vue” chez ces patients augmente le risque de développer une résistance à l'INH si la TB se développe après.
- L'absence d'un cadre spécifique de collaboration entre les deux programmes;
- L'insuffisance de financements, de planification & évaluation conjointe des activités
- La faiblesse des ressources humaines

OPPORTUNITIES

- Le programme de prophylaxie à l'INH a démontré son efficacité dans d'autres pays et le Cameroun doit tirer les leçons de ces pays.
- L'engagement du gouvernement et des partenaires internationaux à réduire l'impact de la co-infection;
- La disponibilité des combinaisons à dose fixe, ce qui facilite l'observance des traitements;
- L'existence de moyens de communications modernes pouvant faciliter la recherche des "perdus de vue";
- Les nombreuses opportunités d'échanges d'expériences entre les pays (exaemple : le récent atelier TV&VIH regroupant 16 pays).

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

Merci

Thank You
Dieura-Dëff