

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

Révision 2015



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

Révision 2015



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH - révision 2015.

1.Infections à VIH. 2.Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 3.Infections opportunistes liées au SIDA. 4.Tuberculose pulmonaire. 5.Programmes nationaux de santé. 6.Politique de santé. 7.Directives. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250827 7 (Classification NLM : WC 503.5)

© **Organisation mondiale de la Santé 2015**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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

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

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

Design de North Creative, Genève.

WHO/HTM/TB/2015.02

WHO/HIV/2015.1

Table des matières

Remerciements	3
Abréviations	4
1. Introduction	5
1.1 Principaux changements par rapport à l'édition de 2009	6
1.2 Finalité du guide	6
1.3 Public cible	7
1.4 Classification des indicateurs pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH	7
1.5 Description des indicateurs	7
1.6 Ventilation par âge et par sexe	8
1.7 Indicateurs proposés pour les systèmes d'information pour la gestion sanitaire	8
1.8 Considérations liées à la confidentialité	9
2. Méthodologie du suivi et de l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH	10
2.1 Systèmes de suivi systématique	10
2.2 Supervision et appui	12
2.3 Surveillance et enquêtes	12
2.4 Analyse de la situation des pays	12
2.5 Examen externe des programmes	12
3. Indicateurs de suivi et d'évaluation	14
3.1 Récapitulatif des indicateurs	14
3.2 Indicateurs clés mondiaux et nationaux pour le suivi et la notification	16
3.3 Indicateurs clés utilisés pour le suivi et la notification au niveau national uniquement	23
3.4 Indicateurs facultatifs utilisés pour le suivi et la notification au niveau national	27
Références	32
Annexe 1. Suivi et évaluation : aperçu et justification	33
En quoi consistent le suivi et l'évaluation et pourquoi sont-ils importants ?	33
Cadre du suivi et de l'évaluation	33
Étapes de l'élaboration d'un plan de suivi et d'évaluation	34
Indicateurs	34
Annexe 2. Activités conjointes tuberculose/VIH : profil de pays et analyse de la situation	36
Population et services	37
Information propre à chaque maladie	37
Évaluation des mécanismes de collaboration tuberculose/VIH	38
Prestation de services	43
Références : Annexe 2	44

Tableaux

Tableau 1. Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées par l’OMS	5
Tableau 2. Indicateurs prioritaires pour les systèmes d’information pour la gestion sanitaire	8
Tableau 3. Récapitulatif des caractéristiques d’un système de suivi et d’évaluation efficace	11
Tableau 4. Récapitulatif des indicateurs de suivi et d’évaluation de la collaboration VIH/tuberculose	14
Tableau A1.1 Critères de sélection des indicateurs	35
Tableau A2.1 Analyse de la situation des pays	36
Tableau A2.2 Cartographie de la politique nationale relative à la tuberculose/au VIH	41

Remerciements

La présente révision s'appuie sur le *Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH* publié par l'OMS en 2009. Cette nouvelle version a été rédigée par Avinash Kanchar et Haileyesus Getahun, avec la contribution de Phillipe Glaziou, Lisa Nelson et Hazim Timimi.

Groupe de pilotage

Annabel Baddeley (OMS, Genève), Jacob Dee (PEPFAR TB/HIV Technical Working Group, Centres for Disease Control and Prevention, États-Unis), Taavi Erkkola (ONUSIDA, Genève), Haileyesus Getahun (OMS, Genève), Phillip Glaziou (OMS, Genève), Suman Jain (Fonds mondial, Genève), Avinash Kanchar (OMS, Genève), Lisa Nelson (OMS, Genève), Alka Aggarwal Singh (Fonds mondial, Genève) et Hazim Timimi (OMS, Genève).

Groupe chargé de la révision du guide

Oluyemisi Akinwande (Center for Integrated Health Programs, Nigéria), Yibletal Assefa (National HIV/AIDS Prevention and Control Office, ministère de la Santé, Éthiopie), Lucy Chesire (Tuberculosis Advocacy Consortium, Kenya), Charlotte Colvin (USAID, TB/Bureau of Global Health, Washington, DC, États-Unis), Stéphane d'Almeida (Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST, Togo), Anand Date (Centres for Disease Control and Prevention, États-Unis), Peter Ghys (ONUSIDA, Genève), Peter Godfrey-Faussett (ONUSIDA, Genève), Nathan Kapata (ministère de la Santé, Zambie), Bernard Langat (ministère de la Santé, Kenya), Boniswa Sharon Seti (Aids and Rights Alliance for Southern Africa, Afrique du Sud), Seng Sopheap (National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD, Cambodge), Jeroen van Gorkom (KNCV Tuberculosis Foundation, Pays-Bas), Eliud Wandwalo (Fonds mondial, Genève), Mohammed Yassin (Fonds mondial, Genève).

Siège, bureaux régionaux et bureaux de pays de l'OMS

Isabelle Bergeri (OMS, Genève), Andrei Dadu (Bureau régional OMS de l'Europe), Meg Doherty (OMS, Genève), Dennis Falzon (OMS, Genève), Monica Alonso Gonzalez (OMS-OPS, Washington, DC, États-Unis), Chika Hayashi (OMS, Genève), Cornelia Hennig (OMS, Viet Nam), Masaya Kato (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), Alberto Matteelli (OMS, Genève), Rafael Alberto Lopez Olarte (OMS-OPS, Washington, DC, États-Unis), Harilala Nirina Razakaso (Bureau régional de l'Afrique de l'OMS), Annemarie Stengaard (Bureau régional OMS de l'Europe), Michelle Williams (OMS, Genève).

Ont également apporté des commentaires

Riitta Dlodlo (L'Union, Zimbabwe), Reuben Granich (ONUSIDA, Genève), Max Meis (KNCV Tuberculosis Foundation, Pays-Bas), Eric Pevzner (Centres for Disease Control and Prevention, États-Unis) et les participants à la consultation technique de l'OMS sur le système de suivi intégré des patients bénéficiant des soins VIH/TAR, SMI/PTME et TB/VIH (3ILPMS), 11-12 septembre 2013, Genève.

Remerciement pour le soutien financier

L'élaboration de ces directives a bénéficié du soutien financier du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, de l'Unified Budget, Results and Accountability Framework (UBRAF) de l'ONUSIDA et du Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida (PEPFAR) via l'Agency for International Development des États-Unis d'Amérique (USAID).

Abréviations

OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le sida
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLT	Programme national de lutte antituberculeuse
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
SME	Santé de la mère et de l'enfant
TARV	Traitement antirétroviral
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

Les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont 29 fois (26-31) plus susceptibles de contracter la tuberculose que celles qui ne sont pas atteintes par le VIH et qui vivent dans le même pays (1). La tuberculose est l'une des principales causes de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Elle est responsable d'un décès lié au VIH sur cinq dans le monde. En 2013, un décès imputable à la tuberculose sur quatre dans le monde était associé au VIH. Depuis 2004, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un ensemble d'interventions appelé « activités conjointes tuberculose/VIH » (Tableau 1). On observe des progrès significatifs dans la mise en œuvre de ces activités au niveau mondial, qui auraient permis de sauver, selon les estimations, 1,3 million de vies entre 2005 et 2011.

Tableau 1. Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées

A. Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH

A.1 Créer et renforcer un organe de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant à tous les niveaux

A.2 Déterminer la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux et la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

A.3 Planifier conjointement l'intégration des services tuberculose et VIH

A.4 Suivre et évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH

B. Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et commencer rapidement le traitement antirétroviral (les « trois I » de la lutte contre le VIH et la tuberculose)

B.1 Intensifier le dépistage des cas et assurer un traitement antituberculeux de haute qualité

B.2 Prévenir la tuberculose par l'isoniazide et le commencement rapide du traitement antirétroviral

B.3 Lutter contre la transmission de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs

C. Réduire la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux

C.1 Assurer le dépistage du VIH et des services de conseil aux patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux

C.2 Mettre en place les méthodes de prévention du VIH auprès des patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux

C.3 Dispenser le traitement préventif au cotrimoxazole aux patients tuberculeux vivant avec le VIH

C.4 Mettre en place les prophylaxies et dispenser traitement et soins aux patients tuberculeux vivant avec le VIH

C.5 Dispenser le traitement antirétroviral aux patients tuberculeux vivant avec le VIH

Source : Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (1).

Le suivi permanent de la mise en œuvre et du renforcement des activités conjointes tuberculose/VIH et l'évaluation de leur impact revêtent une importance critique. Ils nécessitent de disposer d'un système de suivi et d'évaluation efficient et efficace. Les programmes nationaux et les autres parties prenantes doivent démontrer de quelle façon ils progressent vers leurs objectifs, ou bien s'ils n'y parviennent pas. Un suivi et une évaluation efficaces permettent d'instaurer plus facilement des mécanismes de responsabilisation entre les programmes, la population qu'ils couvrent et les bailleurs de fonds. Le Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH vise à faciliter ce processus.

La première version du Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH a été publiée en 2004. Elle considérait ces activités comme partie intégrante des actions nationales et internationales menées face à cette double épidémie. Le guide a été révisé en 2009. Cette révision a permis d'harmoniser l'approche et les indicateurs relatifs au suivi et à l'évaluation des activités conjointes entre les principales parties prenantes, notamment le Plan d'urgence du Président

des États-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et proposait de ramener le nombre total d'indicateurs de 20 à 13.

La présente révision du guide s'appuie sur les avancées remarquables enregistrées dans la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH à travers le monde et sur l'expérience acquise dans le suivi et l'évaluation de ces activités. Le présent guide vise à renforcer encore la mise en œuvre des activités et à améliorer la qualité des soins.

1.1 Principaux changements par rapport à l'édition de 2009

La décennie qui s'est écoulée depuis la publication du premier guide de l'OMS en 2004 a vu aboutir les efforts de mise en œuvre et de renforcement des activités conjointes tuberculose/VIH dans le monde. Un grand nombre de pays atteignent désormais des taux de couverture particulièrement élevés pour le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, le dépistage de la tuberculose chez les patients vivant avec le VIH et les traitements antirétroviraux chez les patients tuberculeux VIH-positifs. Cette nouvelle version du guide consolide ces avancées tout en insistant sur la qualité des données et leur utilité pour l'élaboration des programmes.

Ce guide classe les indicateurs en indicateurs clés au niveau mondial et national, en indicateurs clés uniquement pour le suivi national et en indicateurs facultatifs pour une utilisation au niveau national (Tableau 4). Le nombre d'indicateurs clés nécessaires au suivi des avancées mondiales a été ramené de 13 à sept. Les indicateurs clés dont l'utilisation est recommandée au niveau national sont issus du guide de 2009 et ont été complétés par quatre nouveaux indicateurs. Ces derniers servent à mesurer l'intensification des interventions : détection de cas de tuberculose, accès aux tests diagnostiques rapides pour la tuberculose et aux traitements antirétroviraux précoces, et respect du traitement pour infection tuberculeuse latente. Des indicateurs facultatifs sont proposés afin de mesurer la mise en œuvre des activités souhaitables et sont adoptés en fonction de la situation et des besoins du pays. Les indicateurs facultatifs sont ceux qui permettent de mesurer la gestion de la tuberculose multirésistante chez les patients vivant avec le VIH, l'intégration des services relatifs notamment à la tuberculose et au VIH et la participation de la population aux activités conjointes.

Certains indicateurs du guide de 2009 ont été modifiés dans la présente édition afin d'améliorer la précision et l'utilité des données rapportées. Parmi les changements importants, notons le dénominateur des indicateurs clés mesurant la proportion de patients tuberculeux dont le statut sérologique pour le VIH est connu, la proportion de patients VIH-positifs, la proportion de patients ayant entamé un TARV et la mortalité durant le traitement antituberculeux (nouvel indicateur). Si, par le passé, le dénominateur de ces indicateurs était le total des patients tuberculeux enregistrés et réenregistrés, la nouvelle version propose de n'inclure que les cas de tuberculose incidents (patients tuberculeux enregistrés nouveaux et en rechute) aux fins de la notification mondiale et nationale. On élimine ainsi le problème de la double comptabilisation des patients ayant déjà subi un dépistage du VIH au moment où ils ont été enregistrés comme étant en reprise de traitement après un échec thérapeutique, un défaut de traitement ou une décision clinique de traiter à nouveau les cas de tuberculose décelés par frottis bactériologique négatif ou extrapulmonaire. La double comptabilisation gonfle artificiellement le niveau réel de couverture du dépistage et sous-estime la véritable charge du VIH dans les cas de tuberculose incidents. Cela tient au fait que les patients VIH-négatifs sont plus susceptibles de survivre et de se faire réenregistrer que les patients VIH-positifs ayant une forte probabilité de décès. Ce facteur conditionne également l'estimation du nombre de cas de tuberculose associée au VIH, en particulier dans les pays où les taux de retraitement sont élevés, car ces variables fournissent les chiffres qui seront entrés dans le modèle servant à estimer le nombre de cas de tuberculose associée au VIH aux niveaux mondial et national. Les programmes nationaux devraient toutefois continuer de souligner l'importance d'un dépistage du VIH pour tous les patients tuberculeux enregistrés et réenregistrés.

Les programmes nationaux sont encouragés à intégrer ces changements dans les modèles de notification et dans les modes opératoires normalisés pour la notification au niveau national, du district et de l'unité de gestion de base.

1.2 Finalité du guide

Le présent guide vise à aider les gestionnaires de programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose et d'autres parties prenantes à suivre et à évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH. Il est destiné à faciliter la collecte de données normalisées et à aider à interpréter et à diffuser ces données dans l'optique d'améliorer les programmes aux niveaux national et infranational.

Il vise également à ce que l'ensemble des institutions et parties prenantes engagées dans la lutte contre le VIH et la tuberculose et dans des activités conjointes mènent une action concertée en évitant le chevauchement des activités de collecte de données, grâce à une série d'indicateurs de base normalisés et reconnus à l'échelle internationale pour le suivi et l'évaluation de la performance des programmes.

Par conséquent, la révision du présent guide est harmonisée avec celle des indicateurs tuberculose/VIH du PEPFAR (2013), l'élaboration du *Consolidated HIV strategic information guide for the health sector* (2014) et l'outil de suivi et d'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2014). En outre, il est harmonisé avec les outils

génériques de collecte des données recommandés par l'OMS pour la collecte et la notification de données en vue de l'intégration des interventions au titre des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, ainsi que de la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit des trois systèmes interconnectés de suivi des patients pour le traitement du VIH/TAR, la santé de la mère et de l'enfant/la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (y compris la prévention du paludisme pendant la grossesse) et la lutte contre la tuberculose/le VIH (3ILPMS) (2).

1.3 Public cible

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

1.4 Classification des indicateurs pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

La *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH* définit clairement l'ensemble des activités clés qui sont essentielles pour faire face au problème que pose la tuberculose associée au VIH (1). Les indicateurs inclus dans le présent guide peuvent servir à suivre et à évaluer la mise en œuvre de ces activités conjointes. Ils sont classés dans les trois catégories présentées dans les sous-sections qui suivent.

1.4.1 Indicateurs clés aux fins du suivi et de la notification à l'échelon mondial et national

Ces indicateurs mesurent les efforts déployés par les pays en termes de prévention, de dépistage précoce et de traitement rapide de la tuberculose associée au VIH, ainsi que son impact sur la mortalité. La mesure et la notification systématiques de ces indicateurs renseignent sur les avancées mondiales de la mise en œuvre, de la couverture des services et de l'incidence des activités conjointes. Ces informations peuvent servir à l'élaboration de stratégies mondiales et nationales, à la planification de programmes, ainsi qu'à la mobilisation et à l'allocation de ressources. Les éléments de données requis pour documenter ces indicateurs devraient être systématiquement saisis dans le système national d'information pour la gestion sanitaire ou dans celui du programme national de lutte antituberculeuse (PNLT) et dans le programme national de lutte contre le sida (PNLS). Ils devraient faire l'objet de rapports réguliers au niveau national et infranational et être compilés chaque année dans un rapport mondial et national.

1.4.2 Indicateurs clés pour le suivi et la notification au niveau national uniquement

Outre les indicateurs mentionnés ci-dessus, une série d'indicateurs clés est nécessaire pour le suivi systématique de la mise en œuvre des activités conjointes au niveau national, en particulier de la qualité des soins dispensés. Le suivi permanent de ces indicateurs est indispensable à une gestion efficace des programmes au niveau national, infranational et des établissements, car il permet d'identifier les faiblesses de la mise en œuvre des programmes et, partant, en facilite l'amélioration. Les données requises pour mesurer ces indicateurs devraient faire partie intégrante du système national d'information pour la gestion sanitaire ou de celui du PNLNT et du PNLS. Elles devraient en outre être systématiquement saisies à intervalles réguliers.

1.4.3 Indicateurs facultatifs pour une utilisation au niveau national

Les indicateurs facultatifs qui facilitent le suivi des activités contribuant à la qualité des services, améliorent l'efficacité et évitent le chevauchement des activités devraient être utilisés à l'échelon national et local en fonction des caractéristiques locales de l'épidémie, de la maturité des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH, ainsi que de la disponibilité des ressources.

1.5 Description des indicateurs

Les indicateurs clés qui doivent être utilisés à l'échelon mondial et national sont décrits dans la section 3 en respectant le format suivant :

- définition de l'indicateur, de son numérateur et de son dénominateur ;
- objet de la mesure par l'indicateur ;
- justification ou importance de l'indicateur ;

- méthodologie de collecte des données¹ ;
- fréquence de la mesure ;
- atouts et inconvénients de l'indicateur ;
- source de l'information ;
- responsabilité de la collecte et de la notification des données requises pour le calcul de l'indicateur.

1.6 Ventilation par âge et par sexe

Dans la mesure du possible, tous les indicateurs relatifs aux activités conjointes tuberculose/VIH devraient être ventilés par âge, selon qu'il s'agit d'adultes (15 ans et plus) ou d'enfants (0 à 4 ans et 5 à 14 ans), et par sexe

1.7 Indicateurs proposés pour les systèmes d'information pour la gestion sanitaire

Nombre de pays sont en train d'harmoniser l'ensemble de leurs indicateurs de santé grâce à leur système d'information pour la gestion sanitaire. On prévoit en général de n'inclure dans le système qu'un ou deux indicateurs relatifs à la tuberculose et au VIH. Il est recommandé d'utiliser les indicateurs figurant dans le Tableau 2 comme indicateurs prioritaires. Ces indicateurs devraient être examinés au niveau national en même temps que d'autres indicateurs clés. Pour une description détaillée des indicateurs du tableau 2, veuillez vous reporter à la section 3.

Tableau 2. Indicateurs prioritaires pour les systèmes d'information pour la gestion sanitaire

Indicateur	Définition	Justification du choix de l'indicateur
Indicateur A.2 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique positif vis-à-vis du VIH a été consigné	Nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont la séropositivité pour le VIH est détectée, exprimé en pourcentage du nombre de patients enregistrés dont le statut sérologique a été consigné, pendant la période considérée.	Cet indicateur permet de prévenir le VIH chez les patients tuberculeux et de leur administrer un traitement antirétroviral afin de limiter la transmission du virus et la mortalité. La mesure de la proportion de patients tuberculeux positifs au VIH définit une catégorie de population susceptible de bénéficier de ces interventions. Cet indicateur contribue au ciblage des ressources, à la planification stratégique et au suivi de l'efficacité des interventions sur la durée. Il peut également donner une indication sur la charge de VIH chez les patients tuberculeux.
Indicateur A.4 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH placés sous TARV pendant leur traitement antituberculeux	Nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui reçoivent un TARV pendant leur traitement antituberculeux, exprimé en pourcentage des patients enregistrés pendant la période considérée	Si elle n'est pas détectée, la tuberculose associée au VIH est souvent fatale. Une détection et un traitement rapides du VIH comme de la tuberculose revêtent donc une importance vitale. Pour pouvoir calculer cet indicateur, il faut que les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose opèrent en étroite collaboration et permettent un traitement rapide du HIV et de la tuberculose. Cet indicateur facilite un échange rapide d'informations en vue de la mise à jour des dossiers, et donc favorise la délivrance de soins de qualité.
Indicateur A.5 Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH commençant une prophylaxie de la tuberculose	Nombre de patients commençant un traitement pour une infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de patients nouvellement inscrits pour une prise en charge du VIH pendant la période considérée	La prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH peut sauver des vies. Cet indicateur permettra de renforcer la détection de la tuberculose et de lancer le traitement pour l'infection tuberculeuse latente chez les personnes vivant avec le VIH.

¹ Elle dépend du système de suivi et d'évaluation qui existe dans le pays, et qui peut être un système électronique d'enregistrement de données médicales ou un système papier. Les éléments de données clés sur la tuberculose et le VIH devraient être saisis dans le système national de suivi et d'évaluation ou bien à la fois dans le PLNS et le PNLT, s'ils sont distincts.

Indicateur	Définition	Justification du choix de l'indicateur
Indicateur A.6 Mortalité des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH	Nombre de décès de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont été documentés, exprimé en pourcentage des patients enregistrés pendant la période considérée	La mortalité des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH est significativement plus élevée que celle des patients tuberculeux séronégatifs. Pour minimiser ce risque, une collaboration étroite entre le PNLT et le PNLS est nécessaire afin de pouvoir fournir un diagnostic précoce et un traitement rapide du VIH comme de la tuberculose. Cet indicateur mesure donc l'impact des activités conjointes tuberculose/HIV.

L'alignement du suivi et de l'évaluation permet d'élaborer des programmes conjoints de lutte contre la tuberculose et le VIH afin de maximiser l'impact des investissements pour promouvoir les résultats en santé, cibler les ressources et harmoniser les efforts. Dans ces conditions, la note conceptuelle unique sur la tuberculose et le VIH dans le cadre du nouveau modèle de financement du Fonds mondial permet d'améliorer encore les synergies ainsi que la qualité du suivi et de l'évaluation.

1.8 Considérations liées à la confidentialité

Pour une prise en charge optimale du VIH ou de la tuberculose, on a souvent besoin d'informations sensibles sur les patients. Ces renseignements sensibles doivent être traités de façon aussi confidentielle que possible et être utilisés dans le respect du code de déontologie. Ces renseignements ne doivent être communiqués qu'aux personnes concernées, en général à celles qui dispensent directement des soins aux patients. Tous les registres des cas de tuberculose, de la tuberculose/du VIH et de prise en charge du VIH, ainsi que les autres documents contenant des informations sensibles, doivent être stockés en lieu sûr.

Les doubles et documents papier inutiles devraient être détruits lorsqu'ils ne sont plus nécessaires, et leur utilisation déconseillée. Les bases de données informatisées contenant des informations sensibles devraient être protégées par mot de passe et par encodage des données. Il faudrait supprimer les identifiants personnels le plus tôt possible dans le processus de collecte ou de notification des données, dès lors qu'ils ne sont plus nécessaires à des fins d'identification. Il faut être particulièrement prudent lorsque les patients sont orientés vers d'autres services et lorsque des renseignements à leur sujet sont transférés d'un établissement de soins vers un autre (manuellement ou électroniquement). Chaque programme devra élaborer sa propre politique pour veiller à garantir la confidentialité des données sur le patient.

2. Méthodologie du suivi et de l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH

Le système de suivi et d'évaluation d'un programme ou d'un projet est structuré de manière à permettre l'utilisation la plus efficace possible des ressources pour générer les données nécessaires à la prise de décision. Il oriente la collecte et l'analyse de données, améliorant leur cohérence et permettant aux responsables de suivre l'évolution de la situation. S'il est utile à de nombreuses parties prenantes (gestionnaires de programme, bailleurs de fonds et responsables gouvernementaux de la planification, notamment), il devrait en même temps rassembler les différents intérêts en jeu au sein d'un seul et même système pour éviter les chevauchements d'activités.

Au niveau central, des responsables devraient être spécifiquement chargés de coordonner le suivi et l'évaluation et de mettre en place les capacités nationales et infranationales à cette fin. Il est recommandé d'allouer jusqu'à 10 % du budget d'un programme à la création ou au renforcement de ces systèmes. C'est également ce que recommandent le Fonds mondial et d'autres bailleurs de fonds.

Le système devrait reposer sur une stratégie comprenant des objectifs, cibles et lignes directrices clairement définis pour la mise en œuvre des activités, ainsi que des indicateurs spécifiques permettant de mesurer les progrès accomplis par les programmes. Il devrait également comprendre des plans de collecte, d'analyse et de diffusion des données, et d'utilisation des résultats dans l'optique d'améliorer les programmes. On trouvera dans le Tableau 3 un résumé des principales caractéristiques d'un bon système de suivi et d'évaluation ; l'annexe 1 donne un aperçu plus détaillé du système, et du principe sur lequel il repose. Différentes méthodes permettent de procéder à l'évaluation et au suivi des activités conjointes tuberculose/VIH. Les principales sont résumées dans les paragraphes suivants.

2.1 Systèmes de suivi systématique

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

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

Il est important que le personnel chargé des programmes de lutte contre la tuberculose et le *VIH* veille à ce que les rapports de synthèse mensuels ou trimestriels fassent l'objet d'un rapprochement au niveau des établissements avant leur diffusion à des niveaux supérieurs, de manière à éviter qu'ils ne soient incomplets ou que les deux programmes nationaux ne notifient des ensembles de données différents. Ce rapprochement peut être réalisé lors des visites de supervision systématiques ou des réunions d'examen. Dans les pays ayant mis en place un système de dossiers médicaux électroniques, le rapprochement des données notifiées peut s'effectuer grâce à des numéros d'identification uniques.

Tableau 3. Récapitulatif des caractéristiques d'un système de suivi et d'évaluation efficace

Unité Suivi et d'évaluation
Personnel spécialisé supervisant le suivi et l'évaluation des services de santé au niveau national
Budget consacré au suivi et à l'évaluation (10 % du budget total du programme)
Lien officialisé avec les partenaires chargés de la mise en œuvre (ONG et organisations communautaires de premier plan), secteur privé, bailleurs de fonds et instituts de recherche
Compétences en traitement de données (nettoyage, validation, analyse statistique et interprétation) au sein de l'unité Suivi et évaluation ou d'une unité apparentée
Compétences en diffusion de données au sein de l'unité Suivi et évaluation ou d'une unité apparentée
Développement et maintien des capacités locales en ressources humaines pour le suivi et l'évaluation
Objectifs clairs
Buts, objectifs, activités et cibles du programme bien définis au niveau national
Évaluation régulière des progrès accomplis dans la mise en œuvre des plans nationaux de suivi et d'évaluation
Orientations données aux unités infranationales, y compris aux districts, pour le suivi et l'évaluation
Lignes directrices destinées à établir des liens entre le suivi et l'évaluation et les autres secteurs, notamment le secteur privé
Coordination des besoins des bailleurs de fonds et au niveau national en matière de suivi et d'évaluation
Indicateurs
Ensemble d'indicateurs clés prioritaires correspondant à différents niveaux de suivi et d'évaluation
Indicateurs comparables dans le temps et entre zones géographiques
Collecte, gestion et analyse des données
Plan de gestion des données au niveau national pour la collecte, le traitement, le nettoyage, la validation et l'analyse des données, y compris l'utilisation des systèmes de données électroniques (3)
Flux logique de données, depuis la prestation de services jusqu'au niveau national
Plan d'analyse et d'interprétation des indicateurs à différents niveaux du suivi et de l'évaluation
Diffusion des données et utilisation des résultats
Plan national de diffusion des données accompagné d'orientations claires sur la façon dont l'information peut être utilisée pour améliorer le programme à tous les niveaux
Rapport annuel de suivi et d'évaluation bien diffusé et informatif
Réunions annuelles pour diffuser les résultats du suivi et de l'évaluation et en discuter avec les décideurs, les responsables de la planification et les gestionnaires des programmes aux niveaux national et infranational
Base de données centralisée regroupant l'ensemble des données collectées sur la tuberculose et le VIH, y compris les travaux de recherche en cours
Coordination des besoins des bailleurs de fonds et au niveau national en matière de suivi et d'évaluation

2.2 Supervision et appui

La supervision des établissements de santé au niveau du district ou central est une composante essentielle du suivi et de l'évaluation systématiques des programmes. Une supervision efficace passe par des contrôles de qualité de la notification et de l'enregistrement des données : les fiches et les registres des patients sont inspectés afin de s'assurer de leur cohérence et de vérifier les données transférées pour les rapports. Dans ce contexte, il faudrait prévoir de recenser les difficultés rencontrées par le personnel ou les erreurs dans la gestion de données et d'en discuter, ce qui offre des possibilités d'apprentissage.

Si la fréquence de la supervision dépend des ressources disponibles, il a généralement été constaté dans les programmes de lutte antituberculeuse que, pendant l'année qui suit la mise en place du système (ou en cas de changements importants), il est indispensable de superviser les activités de près et de fournir des services de conseil une fois par mois. La supervision de routine devrait être assurée au moins chaque trimestre. La supervision peut aussi servir à recueillir des formulaires de données pour le niveau centralisé et à approvisionner les établissements de santé en médicaments et en fournitures. Des mesures simples d'incitation comme des feuilles de notation ou des certificats d'excellence peuvent être remis aux personnels de santé lorsque la notification et l'enregistrement sont efficaces.

Au moins une fois par an, l'équipe de supervision peut effectuer un examen plus systématique des systèmes de suivi habituels. Elle devrait comprendre des membres des programmes de lutte antituberculeuse et des programmes anti-VIH, ainsi que des gestionnaires de programmes connexes, portant notamment sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Elle devrait s'acquitter entre autres des tâches suivantes : validation du rapport et de l'analyse de cohorte, validation du rapport trimestriel, vérification supplémentaire des registres et échantillonnage systématique des fiches de patients pour mesurer la qualité des soins et valider les indicateurs clés. Enfin, les superviseurs au niveau des districts peuvent faire des recoupements entre les données figurant dans les registres de prise en charge du VIH et dans les registres des cas de tuberculose pour vérifier que les patients tuberculeux sont bien inscrits pour les soins VIH et que les patients séropositifs pour le VIH sont bien inscrits pour le traitement antituberculeux. Le recoupement des dossiers et des rapports est nécessaire car il permet de veiller à ce qu'il n'y ait pas de décalage entre les données rapportées par les programmes de lutte contre la tuberculose et par les programmes de lutte contre le VIH. Les deux programmes nationaux devraient fonctionner en tandem afin de fournir aux personnels des programmes et aux superviseurs une plateforme leur permettant de partager systématiquement leurs données et de mettre à jour leurs dossiers respectifs. Les personnels du PNLT et du PNLs peuvent également échanger et recouper leurs données lors de réunions mensuelles ou trimestrielles.

2.3 Surveillance et enquêtes

À tous les stades d'une épidémie de VIH (peu active, concentrée, généralisée), les données relatives aux conseils et au dépistage proposés par les prestataires aux patients tuberculeux devraient être utilisées à des fins de surveillance. Lorsque cette politique n'est pas systématiquement mise en œuvre pour l'ensemble des patients tuberculeux, ou que son niveau de couverture est faible (inférieur à 80 %), ces données peuvent être étalonnées grâce à des enquêtes périodiques (spéciales) ou sentinelles. Les enquêtes portant sur la présence du VIH chez des patients tuberculeux menées sur un échantillon aléatoire représentatif au niveau national de nouveaux cas de tuberculose ou de rechutes permettent d'effectuer un suivi précis de la charge du VIH chez les patients tuberculeux. L'OMS a élaboré des lignes directrices pour conduire ces activités de manière harmonisée (5). Lors des enquêtes sur la résistance aux médicaments ou la surveillance des patients tuberculeux, des informations complètes sur la séropositivité pour le VIH des sujets permettraient également d'étudier l'association entre ces deux pathologies (6).

2.4 Analyse de la situation des pays

Il s'agit d'un outil important qui consiste à rassembler toutes les informations disponibles sur l'épidémiologie d'une maladie (y compris les données de surveillance et d'enquête), ainsi que sur la structure des programmes, leurs fonctions, résultats et impacts dans le contexte du système général de santé. Ces analyses, qui mettent en lumière les atouts, faiblesses et lacunes des programmes, sont effectuées la plupart du temps dans le cadre du cycle de planification en vue de l'élaboration d'un plan stratégique national pluriannuel. Les bailleurs de fonds exigent le plus souvent qu'elles soient menées pour formuler une demande de financement ; les examens externes des programmes sont également fondés sur ces analyses. Des conseils sont donnés à l'annexe 2 pour analyser la situation des pays dans l'optique de mener des activités conjointes tuberculose/VIH.

2.5 Examen externe des programmes

Il est procédé à un examen externe, en général d'une à deux semaines, à la demande des programmes nationaux, souvent pendant la préparation d'un plan stratégique pluriannuel (7, 8). Une équipe d'experts nationaux et internationaux spécialisés dans la gestion ou les aspects techniques des programmes est généralement constituée, où sont aussi représentés les

partenaires locaux de la mise en œuvre, le personnel chargé des programmes du ministère de la santé, la société civile et les bailleurs de fonds. L'équipe se réunit pendant un ou deux jours pour obtenir des orientations sur l'analyse de la situation et se mettre d'accord sur une méthodologie d'examen. Les analystes voyagent ensuite par petites équipes pour observer la mise en œuvre des programmes à tous les niveaux (national, régional, district, communauté et établissements de santé), examiner les dossiers médicaux, interviewer les principales personnes concernées, dont des personnels de santé, des patients et d'autres prestataires de soins, ainsi que des bénévoles d'organismes sociaux. Toutes ces informations sont ensuite synthétisées au niveau national et débouchent sur l'élaboration d'un rapport final comprenant des conclusions et des recommandations destinées aux pouvoirs publics et aux parties prenantes. Un résumé de ces principales conclusions est présenté au ministère de la santé. Les activités conjointes tuberculose/VIH devraient également être incluses dans les examens des programmes de lutte antituberculeuse et des programmes anti-*VIH*, qui devraient rassembler, de préférence, du personnel clé de ces deux programmes. Les analystes devraient s'assurer que les conclusions sont communiquées à ces deux programmes et qu'ils en sont partie prenante.

3. Indicateurs de suivi et d'évaluation

3.1 Récapitulatif des indicateurs

Le tableau 4 récapitule tous les indicateurs de suivi inclus dans le présent document. La section A comporte sept indicateurs clés à utiliser aux niveaux mondial et national, la section B compte 13 indicateurs clés à utiliser uniquement au niveau national et la section C rassemble des indicateurs facultatifs à utiliser au niveau national. Le récapitulatif présenté ci-dessous est suivi d'une description détaillée de chaque indicateur dans le format mentionné à la section 1.

Tableau 4. Récapitulatif des indicateurs de suivi et d'évaluation de la collaboration VIH/tuberculose

A. Indicateurs clés mondiaux et nationaux

Ces indicateurs sont essentiels pour suivre et notifier les avancées enregistrées au niveau mondial comme au niveau national

- A.1 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH a été consigné
- A.2 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique positif vis-à-vis du VIH a été consigné
- A.3 Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH et présentant une tuberculose évolutive
- A.4 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH placés sous TARV pendant leur traitement antituberculeux
- A.5 Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH commençant une prophylaxie de la tuberculose
- A.6 Mortalité des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH
- A.7 Risque de développer une tuberculose chez les agents de santé par comparaison avec l'ensemble de la population, corrigé de l'âge et du sexe

B. Indicateurs clés nationaux

En plus des indicateurs clés de la section A, les indicateurs ci-après sont également essentiels pour le suivi et l'évaluation au niveau national. Ils sont regroupés en plusieurs catégories

Indicateurs mesurant l'enchaînement des interventions pour l'intensification du dépistage de la tuberculose

- B.1 Proportion de personnes vivant avec le HIV qui ont été dépistées pour la tuberculose dans des établissements de soins ou de traitement du VIH
- B.2 Proportion de personnes vivant avec le HIV chez lesquelles on détecte des symptômes de la tuberculose sur le nombre total de personnes bénéficiant d'un dépistage de la tuberculose
- B.3 Proportion de personnes vivant avec le HIV qui bénéficient d'un test de dépistage de la tuberculose sur le nombre total de personnes sur lesquelles on détecte des symptômes de la tuberculose
- B.4 Proportion de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles une tuberculose évolutive a été diagnostiquée sur le nombre total de personnes ayant bénéficié d'un test
- B.5 Proportion de personnes vivant avec le VIH qui commencent un traitement antituberculeux sur le nombre total de personnes chez lesquelles on a diagnostiqué une tuberculose évolutive

Indicateurs mesurant l'accès au test de diagnostic de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH

- B.6 Proportion de personnes vivant avec le VIH présentant des symptômes de tuberculose qui reçoivent un test moléculaire rapide comme premier test de diagnostic de la tuberculose
- B.7 Proportion de personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de la tuberculose qui bénéficient d'un test avec mise culture comme premier test de diagnostic de la tuberculose

Indicateurs mesurant l'accès à un TARV précoce pour les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH

- B.8 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont commencé un TARV dans les 8 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose
- B.9 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, profondément immunodéprimés (numération des CD4 < 50) qui ont commencé un TARV dans les 2 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose

Autres indicateurs

- B.10 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, détectés et notifiés sur le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose liés à une séropositivité
- B.11 Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui bénéficient d'une prophylaxie au cotrimoxazole
- B.12 Proportion d'établissements de santé offrant des services aux personnes qui vivent avec le VIH et respectant des pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse
- B.13 Proportion de personnes vivant avec le VIH qui arrivent au terme du traitement prophylactique contre la tuberculose

C. Indicateurs facultatifs

Ces indicateurs facultatifs peuvent être adoptés pour le suivi et la notification au niveau national ou local. Ils sont regroupés en plusieurs catégories

Indicateurs pour une intervention ou des mesures élargies

- C.1 Proportion de patients présumés tuberculeux dont le statut sérologique au VIH a été enregistré
- C.2 Proportion de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient actuellement d'une prise en charge chez lesquelles on détecte une tuberculose pendant la période considérée
- C.3 Proportion de personnes vivant avec le VIH actuellement sous TARV qui développent une tuberculose
- C.4 Proportion de personnes vivant avec le VIH qui sont prises en charge et qui ont déjà bénéficié au moins d'un traitement prophylactique contre la tuberculose

Indicateurs mesurant le diagnostic et le traitement de la tuberculose associée au VIH dans des situations particulières

- C.5 Proportion de patients présentant une tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine dont le statut sérologique au VIH a été enregistré
- C.6 Proportion de patients séropositifs pour le VIH traités pour une tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine qui sont également sous TARV
- C.7 Proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH sous TARV à base d'inhibiteurs de la protéase qui reçoivent un traitement antituberculeux contenant de la rifabutine

Indicateurs mesurant l'intégration et l'optimisation des services pour la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH

- C.8 Proportion d'unités de gestion de base pour la tuberculose qui proposent des services dépistage du VIH et de conseil
- C.9 Proportion d'établissements de santé proposant des services de prise en charge de la tuberculose qui offrent aussi des services TARV
- C.10 Proportion d'établissements proposant des services de prise en charge de la tuberculose qui offrent aussi des services de prévention du VIH
- C.11 Proportion d'établissements de soins et de traitement du VIH (dont PTME) qui proposent aussi des services de prévention et de soins antituberculeux
- C.12 Proportion d'établissements de soins de santé pour la mère et l'enfant qui intensifient également le dépistage des cas de tuberculose
- C.13 Proportion de centres de traitement de substitution aux opioïdes qui proposent aussi des services de prise en charge de la tuberculose et du VIH
- C.14 Proportion de centres de santé en milieu pénitentiaire qui proposent aussi des services tuberculose/VIH

Indicateurs mesurant l'engagement communautaire

- C.15 Proportion d'ONG et d'organisations communautaires qui mettent en œuvre des activités tuberculose/VIH
- C.16 Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux VIH-positifs enregistrés dans l'unité de gestion de base qui sont orientés par des agents de santé communautaires ou des bénévoles

3.2 Indicateurs clés mondiaux et nationaux pour le suivi et la notification

Indicateur A.1

Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH a été consigné

Définition	Nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, dont le résultat à un test de dépistage du VIH a été consigné dans le registre des cas de tuberculose, exprimé en pourcentage du nombre de cas enregistrés pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés pendant la période considérée dont le résultat du test de dépistage du VIH a été consigné dans le registre des cas de tuberculose.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dans le registre de cas de tuberculose pendant la période considérée.
Objet	Mesurer la capacité des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose à veiller à ce que le statut sérologique des patients tuberculeux vis-à-vis du VIH soit testé. Il s'agit d'un indicateur supplémentaire dont l'utilisation est recommandée par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida pour les programmes nationaux de lutte contre le sida (9).
Justification	Le taux d'infection à VIH est plus élevé parmi les patients tuberculeux que dans l'ensemble de la population. La connaissance par le patient de son statut sérologique peut favoriser l'adoption d'un comportement sain, réduire la transmission du VIH et améliorer l'accès à des soins et à un accompagnement appropriés pour les patients tuberculeux, notamment à un TARV précoce. Tous les patients tuberculeux dont le statut sérologique pour le VIH n'est pas consigné devraient se voir proposer un test de dépistage, de préférence au moment où le diagnostic de tuberculose est posé et dans l'établissement de soins où ils reçoivent le traitement contre la tuberculose. À défaut, un système d'orientation opérationnel devrait être en place afin de proposer des conseils, de pratiquer des tests de dépistage du VIH et d'informer l'unité chargée de la tuberculose du résultat des tests.
Méthodologie	<p>Les fiches de traitement et les registres de cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base devraient renseigner sur le statut sérologique des patients tuberculeux vis-à-vis du VIH (10). Les antécédents de traitement antituberculeux devraient également être inscrits systématiquement, ce qui permettrait d'identifier les patients tuberculeux nouveaux et en rechute#.</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, ajoutés au registre des cas de tuberculose de l'unité de gestion de base pendant la période considérée dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH (positif ou négatif) a déjà été consigné, y compris ceux dont la séropositivité pour le VIH est déjà connue (par exemple dans un document attestant d'une inscription pour une prise en charge). Les patients tuberculeux séronégatifs au VIH sont ceux dont le résultat à un test de dépistage du VIH était négatif au moment où le diagnostic de tuberculose a été posé.</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dans le registre des cas de tuberculose pendant la période considérée.</p>
Fréquence	Les données devraient être enregistrées quotidiennement et notifiées dans le rapport trimestriel sur les cas de tuberculose enregistrés dans l'unité de gestion de base (10). Elles devraient également être communiquées sur une base annuelle à l'OMS et au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
Atouts et inconvénients	Lorsque le statut sérologique vis-à-vis du VIH d'une forte proportion de patients tuberculeux est consigné, il est possible de faire une estimation fiable de la prévalence du VIH chez ces patients à des fins de surveillance. Bien que du point de vue des programmes, il soit important que le statut sérologique vis-à-vis du VIH de tous les patients tuberculeux, y compris ceux en reprise de traitement et qui sont réenregistrés, soit déterminée, cet indicateur ne tient compte que des patients nouveaux et en rechute pour éviter un double comptage. Un chiffre élevé pour cet indicateur montre également que les établissements de prise en charge de la tuberculose effectuent beaucoup de tests de dépistage du VIH ou que les patients sont bien orientés depuis les établissements de prise en charge du VIH, c'est-à-dire que le système de collaboration tuberculose/VIH dans son ensemble fonctionne bien. Mais il ne précise pas si les patients connaissent ou non leur statut sérologique vis-à-vis du VIH ou s'ils ont reçu des conseils appropriés avant ou après le test de dépistage. Or ces éléments sont cruciaux si l'on veut que les comportements changent et que la transmission du VIH recule. Les programmes devraient par conséquent mettre en œuvre une démarche de qualité pour les conseils et le dépistage proposés par les prestataires, conformément aux critères définis par l'ONUSIDA et l'OMS. Un chiffre bas révèle un faible recours au dépistage et une détection tardive du VIH, mais n'indique pas l'origine du problème.
Source de l'information	Registres des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base et rapport trimestriel sur les cas de tuberculose enregistrés.
Responsabilité	PNLT

Les cas pour lesquels aucun antécédent de traitement de la tuberculose n'a été consigné devraient être comptabilisés comme des cas nouveaux

Indicateur A.2**Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique positif vis-à-vis du VIH a été consigné**

Définition	Nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont la séropositivité pour le VIH est détectée, exprimé en pourcentage du nombre de patients enregistrés dont le statut sérologique a été consigné, pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés pendant la période considérée et dont la séropositivité pour le VIH est consignée.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés pendant la période considérée et dont le statut sérologique pour le VIH (positif ou négatif) a été consigné.
Objet	Évaluer la prévalence de l'infection à VIH parmi les patients tuberculeux enregistrés.
Justification	La mesure de la proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH définit une catégorie de population susceptible de bénéficier d'interventions spécifiques, par exemple une prophylaxie au cotrimoxazole et un TARV, afin de réduire la charge de VIH parmi les patients tuberculeux. Elle fournit également un dénominateur permettant de mesurer le recours à ces interventions. Elle permet en outre de cibler les ressources, la planification stratégique et le suivi de l'efficacité des interventions sur la durée. La consignation du statut sérologique aura également une influence sur la prise en charge du patient, par exemple pour le dépistage du VIH chez le/la partenaire, l'orientation vers un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH, la prophylaxie au cotrimoxazole et le traitement antirétroviral.
Méthodologie	<p>Le statut vis-à-vis du VIH est documenté sur la base du résultat d'un test de dépistage. Les données pour cet indicateur peuvent inclure les patients tuberculeux dont la séropositivité pour le VIH a déjà été documentée (par exemple dans un document attestant d'une inscription pour une prise en charge), ceux qui viennent d'être dépistés séropositifs ou ceux dont le résultat du dépistage était négatif au moment où le diagnostic de tuberculose a été posé. Le statut vis-à-vis du VIH de tous les patients tuberculeux devrait être consigné dans les registres des cas de tuberculose de l'unité de gestion de base dès que possible et de préférence au moment où le diagnostic de la tuberculose est posé, de même que les informations relatives aux antécédents de traitement antituberculeux[#]. Seul le personnel directement chargé des soins devrait avoir accès aux informations sur le patient. Il doit être garant de la confidentialité.</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, ajouté au registre des cas de tuberculose pendant la période considérée dont la séropositivité au VIH est documentée, y compris ceux dont la séropositivité pour le VIH était déjà documentée (par exemple dans un document attestant d'une inscription pour une prise en charge).</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, ajoutés au registre des cas de tuberculose pendant la période considérée dont le statut sérologique (positif ou négatif) vis-à-vis du VIH a été documenté, y compris ceux dont la séropositivité pour le VIH est déjà documentée (par exemple dans un document attestant d'une inscription pour une prise en charge). Les patients tuberculeux séronégatifs sont ceux dont le résultat à un test de dépistage était négatif au moment où le diagnostic de tuberculose a été posé.</p>
Fréquence	Les données doivent être enregistrées sur une base quotidienne sur la fiche de traitement antituberculeux du patient et dans le registre des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base et notifiées dans le rapport trimestriel sur la détection des cas de tuberculose. Elles devraient également être communiquées sur une base annuelle à l'OMS et à l'ONUSIDA.
Atouts et inconvénients	Cet indicateur mesure la proportion de patients tuberculeux dont la séropositivité pour le VIH attestée par un test de dépistage est documentée. Cet indicateur peut fournir une estimation fiable de la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux si une forte proportion de patients tuberculeux se fait dépister (80 % ou plus). Ces informations sont également utiles pour cibler les ressources et planifier les activités. Une valeur plus élevée à l'échelle infranationale que la moyenne nationale peut indiquer que la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux est supérieure dans une zone donnée, mais cette interprétation nécessite de prendre soigneusement en considération la couverture du dépistage. Cet indicateur ne tient pas compte de la faible proportion de patients tuberculeux en reprise de traitement chez qui un dépistage a révélé une séropositivité pour le VIH entre leur premier traitement et leur réenregistrement pour rechute ou reprise de retraitement.
Source de l'information	Registres des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base et rapport trimestriel sur les cas de tuberculose enregistrés.
Responsabilité	PNLT

[#] Les cas pour lesquels aucun antécédent de traitement de la tuberculose n'a été documenté devraient être comptabilisés comme des cas nouveaux

Indicateur A.3

Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH et présentant une tuberculose évolutive

Définition	Nombre total de personnes vivant avec le VIH présentant une tuberculose évolutive, exprimé en pourcentage des patients nouvellement inscrits pour une prise en charge du VIH (pré-TARV ou TARV) pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre total de personnes présentant une tuberculose évolutive pendant la période considérée en proportion du nombre des patients nouvellement inscrits pour une prise en charge du VIH.
Dénominateur	Nombre total de personnes nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH (pré-TARV ou TARV) pendant la période considérée.
Objet	Mesurer la charge de la tuberculose évolutive chez les personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH. Il mesure également indirectement l'ampleur des efforts déployés pour détecter précocement une tuberculose associée au VIH.
Justification	L'intensification de la détection des cas de tuberculose dans les structures de soins du VIH ainsi que les conseils et le dépistage proposés par les prestataires aux patients tuberculeux a pour objectif premier la détection précoce d'une tuberculose associée au VIH et la mise à disposition rapide d'un TARV ou d'un traitement antituberculeux. Bien que l'intensification de la détection des cas de tuberculose devrait être mise en œuvre pour toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque visite dans un établissement de soins et de traitement du VIH, elle est particulièrement importante au moment où ces personnes s'inscrivent à une prise en charge et à un traitement du VIH, car le risque de non-détection de la tuberculose est supérieur chez les patients nouvellement inscrits que chez ceux qui suivent déjà un TARV. Par ailleurs, les personnes vivant avec le VIH risquent d'être moins attentives aux symptômes de la tuberculose et moins sensibles à l'importance d'une détection et d'un traitement précoces, et, partant, elles risquent de ne pas demander de soins en cas de symptômes généraux ou spécifiques à la tuberculose. L'intensification de la détection des cas de tuberculose permet donc de sensibiliser les personnes vivant avec le VIH et de détecter précocement la tuberculose. Toutes les personnes vivant avec le VIH chez qui un diagnostic de tuberculose a été posé devraient commencer immédiatement un traitement antituberculeux et un TARV dans les huit semaines suivantes si elles n'en suivent pas déjà un.
Méthodologie	<p>Le résultat du dépistage de la tuberculose pour les cas présumés chez les personnes vivant avec le VIH devrait être inscrit sur la fiche relative aux soins VIH/TARV (colonne « examens » dans la section « consultation ») et dans les registres pré-TARV et TARV (respectivement dans les sections suivi mensuel et trimestriel) (2). De même, les patients tuberculeux chez qui le dépistage a révélé une séropositivité au VIH devraient être inscrits rapidement pour une prise en charge du VIH et le résultat de la recherche de la tuberculose enregistré sur les fiches et les registres TARV.</p> <p>Numérateur : Au terme de la période considérée, recenser le nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH (registres pré-TARV et TARV) et présentant une tuberculose évolutive.</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH, c'est-à-dire inscrites pour des soins pré-TARV ou qui débutent un TARV pendant la période considérée.</p> <p>Il convient d'éviter de comptabiliser la même personne à la fois dans le registre pré-TARV et dans le registre TARV. Par ailleurs, les informations relatives au résultat de la recherche de la tuberculose inscrites dans les registres pré-TARV et TARV devraient être actualisées et rapprochées des données des registres des cas de tuberculose dans les unités de gestion de base concernées avant leur synthèse et la notification à des niveaux supérieurs.</p>
Fréquence	Les données devraient être enregistrées quotidiennement et notifiées au niveau national ou infranational dans le cadre du rapport trimestriel habituel. Elles devraient également être communiquées sur une base annuelle à l'OMS et à l'ONUSIDA.
Atouts et inconvénients	<p>L'examen de la tendance de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et nouvellement inscrites pour une prise en charge sur une période donnée peut procurer des informations utiles sur la charge de la tuberculose chez ces personnes et, partant, sur l'efficacité des activités de détection et de traitement précoces de la tuberculose associée au VIH.</p> <p>Cet indicateur peut sous-estimer la charge réelle de la tuberculose associée au VIH, car il peut exclure des patients dont la maladie a été détectée grâce aux services de conseil et de dépistage proposés par des prestataires, mais qui ne sont pas inscrits pour une prise en charge du VIH, ou ceux qui présentent une tuberculose disséminée, qui sont asymptomatiques et dont la tuberculose n'est donc pas détectée lors des tests de dépistage systématique. En outre, un chiffre élevé pour cet indicateur peut signifier que le taux de tuberculose est élevé ou que les programmes de dépistage de la tuberculose et du VIH sont efficaces, alors qu'un chiffre faible peut s'expliquer par une mise en œuvre insuffisante des activités de dépistage de la tuberculose et du VIH ou de la réussite des activités de lutte antituberculeuse. Le chiffre de l'indicateur doit par conséquent être interprété avec prudence.</p>
Source de l'information	Registres pré-TARV et TARV et registre des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base.
Responsabilité	Dans les pays qui possèdent des systèmes nationaux de données en ligne comportant des dossiers individuels systématiquement mis à jour par les établissements de santé, les données relatives à cet indicateur sont accessibles simultanément à toutes les parties concernées. En l'absence de dossiers médicaux électroniques, le PNLS devrait se charger de documenter et d'agréger ces informations en coordination avec le PNLT.

Indicateur A.4**Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH placés sous TARV pendant leur traitement antituberculeux**

Définition	Nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui reçoivent un TARV pendant leur traitement antituberculeux, exprimé en pourcentage des patients enregistrés pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH ayant commencé leur traitement antituberculeux pendant la période considérée qui suivent déjà un TARV ou qui ont commencé un TARV pendant le traitement antituberculeux.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée
Objet	Déterminer dans quelle mesure les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH reçoivent un TARV pendant leur traitement antituberculeux [#] .
Justification	Les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH sont détectés soit par une intensification du dépistage des cas de tuberculose dans les centres de soins et de traitement du VIH, soit par des services de dépistage du VIH et de conseil proposés par les prestataires aux patients tuberculeux. Un commencement rapide du traitement antituberculeux et une mise en œuvre précoce du TARV revêtent une importance critique pour le recul de la mortalité due à la co-infection tuberculose/VIH et doivent constituer la grande priorité pour le PNLS comme pour le PNLT. Si le traitement antituberculeux devrait être lancé immédiatement, le TARV devrait débiter dans les 8 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose, puisque tous les patients peuvent prétendre au TARV, quel que soit leur taux de CD4.
Méthodologie	<p>Tous les patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH détectés pendant la période considérée devraient être recensés, ce qui permettrait de déterminer la proportion d'entre eux qui bénéficient d'un TARV pendant leur traitement antituberculeux.</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont commencé un traitement antituberculeux (inscrits dans le registre des cas de tuberculose) et un TARV ou qui étaient déjà sous TARV (inscrits dans le registre TARV).</p> <p>Dénominateur : Dans les pays dotés de systèmes nationaux de données en ligne dans lesquels les dossiers médicaux individuels sont régulièrement actualisés par les établissements de santé, le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH détectés pendant la période considérée est facile à calculer. Mais avec les dossiers papier, le PNLT et le PNLS doivent consulter à la fois le registre des cas de tuberculose et le registre des cas de VIH pour obtenir le nombre total de patients détectés. Pour ce faire, il peuvent recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, ajoutés dans le registre des cas de tuberculose pendant la période considérée dont le statut sérologique positif est consigné, y compris les patients dont la séropositivité était déjà connue (par exemple grâce à des documents attestant de leur inscription à des services de prise en charge du VIH)^{##}. Par ailleurs, le PNLT et le PNLS devraient veiller à ce que le registre des cas de tuberculose soit tenu à jour et à ce que toutes les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge pré-TARV ou TARV pour lesquelles le diagnostic de la tuberculose a été enregistré pendant la période considérée soient également enregistrées. Le rapprochement des informations contenues dans le registre des cas de tuberculose et dans les registres TARV au niveau des établissements devrait être effectué chaque mois ou chaque trimestre, en tenant compte de l'éventualité d'un retard dans l'actualisation des informations sur la tuberculose dans le registre TARV et des informations sur le TARV dans le registre des cas de tuberculose. Il faudrait s'astreindre à combler les lacunes dans les données de manière à assurer la concordance entre ces deux registres. Dans le même temps, il faudrait veiller à éviter la double comptabilisation des patients dans ces registres.</p>
Fréquence	Les données devraient être enregistrées sur une base quotidienne et notifiées dans le rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de tuberculose remis aux autorités nationales ou infranationales après rapprochement des données à l'échelon des établissements. Les données devraient également être agrégées chaque année et notifiées à l'OMS et à l'ONUSIDA.
Atouts et inconvénients	Cet indicateur détermine dans quelle mesure les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH reçoivent un TARV pendant leur traitement antituberculeux. Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH devraient avoir pour objectif de parvenir à un taux supérieur à 90 % des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH recevant un traitement antituberculeux et un TARV. Cependant, il est possible que cet indicateur ne prenne pas en compte les patients diagnostiqués vers la fin de la période considérée dont la situation au regard du TARV pourrait ne pas avoir été actualisée dans les registres des cas de tuberculose. De plus, cet indicateur ne permet pas de savoir si le TARV a été lancé dans les délais requis.
Source de l'information	Registre des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base, registre pré-TARV et registre TARV.
Responsabilité	Dans les pays dotés de systèmes nationaux de données en ligne dans lesquels les dossiers médicaux individuels sont régulièrement actualisés par les établissements de santé, les données sont accessibles à tous les acteurs concernés au même moment, ce qui permet de disposer de données complètes. En l'absence de système de dossiers médicaux électroniques, le PNLT et le PNLS devraient veiller conjointement à ce que les données pour cet indicateur soient complètement enregistrées et notifiées.

[#] Bien qu'il importe d'évaluer la situation au regard du TARV de tous les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, cet indicateur ne prend en compte que les patients nouveaux et en rechute afin d'éviter des doubles comptages.

^{##} Les cas de patients dont les antécédents de traitement antituberculeux n'ont pas été enregistrés doivent être comptabilisés comme des cas nouveaux.

Indicateur A.5

Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH commençant une prophylaxie de la tuberculose

Définition	Nombre de patients commençant un traitement pour une infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de patients nouvellement inscrits pour une prise en charge du VIH pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH qui commencent un traitement pour une infection tuberculeuse latente pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre total de personnes nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH, c'est-à-dire qui sont enregistrées dans les registres pré-TARV ou TARV pendant la période considérée.
Objet	Déterminer dans quelles proportions les personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH commencent un traitement pour une infection tuberculeuse latente.
Justification	Toutes les personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH devraient faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose à chaque visite sur la base d'un protocole clinique recommandé par l'OMS. Il est peu probable que les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne font état d'aucun des symptômes de toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes présentent une tuberculose évolutive, et il convient donc de leur proposer une prophylaxie de la tuberculose, c'est-à-dire un traitement pour une infection tuberculeuse latente. De même, il faudrait proposer cette prophylaxie aux enfants ne présentant pas de prise de poids insuffisante, de fièvre ou de toux afin de réduire le risque qu'ils développent une tuberculose évolutive, que ces enfants soient sous TARV ou non.
Méthodologie	<p>Il convient de commencer la prophylaxie de la tuberculose chez toutes les personnes éligibles et la date de début du traitement doit être inscrite sur une fiche de traitement du VIH/TARV (section consultation). Ceux qui acceptent le traitement et reçoivent au moins la première dose doivent ensuite être inscrits dans les registres pré-TARV et TARV (colonne mois/année de début de l'INH).</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH pendant la période considérée qui commencent un traitement pour une infection tuberculeuse latente, c'est-à-dire qui reçoivent au moins une dose de médicament antituberculeux (par exemple de l'isoniazide).</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans le registre pré-TARV plus celles qui sont inscrites dans le registre TARV pendant la période considérée.</p> <p>Pour que la planification et la gestion des médicaments soient précises, il faut recueillir des informations plus détaillées s'ajoutant à celles décrites ci-dessus. Il est possible de s'appuyer sur un registre tenu par les pharmacies pour enregistrer les clients qui se sont présentés et les médicaments qu'ils sont venus chercher. Sinon, l'établissement dispensant le TARV peut tenir un registre du traitement de l'infection tuberculeuse latente parallèlement au registre TARV. Grâce à ces informations, il pourrait être plus facile de déterminer le nombre de patients nouveaux et existants sous traitement pour une infection tuberculeuse latente ainsi que les taux d'achèvement du traitement et les manifestations indésirables.</p>
Fréquence	Les données devraient être enregistrées sur une base quotidienne et notifiées chaque trimestre aux autorités nationales ou infranationales. Les données devraient également être agrégées chaque année et notifiées à l'OMS.
Atouts et inconvénients	Cet indicateur mesure la couverture de la prophylaxie de la tuberculose chez les personnes nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH. Cependant, la valeur de référence pour un résultat acceptable fait défaut. Si l'on intervient à plus grande échelle, l'élaboration de cette valeur de référence sera facilitée au niveau national. Par ailleurs, si l'on ne recueille pas de données supplémentaires, cet indicateur ne donne aucune information sur le nombre d'individus qui acceptent ce traitement ou le poursuivent jusqu'à son terme.
Source de l'information	Fiche de patient VIH/TARV, registre pré-TARV, registre TARV.
Responsabilité	PNLS.

Indicateur A.6**Mortalité des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH**

Définition	Nombre de décès de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont été documentés, exprimé en pourcentage des patients enregistrés pendant la période considérée.
Numérateur	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui sont décédés avant le début du traitement antituberculeux ou pendant ce traitement.
Dénominateur	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée.
Objet	Mesurer l'impact des activités conjointes tuberculose/VIH sur la mortalité due à la tuberculose associée au VIH.
Justification	La mortalité des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH est significativement plus élevée que celle des patients tuberculeux séronégatifs. Le risque de décès est supérieur si la tuberculose associée au VIH est détectée tardivement ou si le traitement est retardé. Pour minimiser ce risque, une collaboration étroite entre le PNLT et le PNLS est nécessaire afin de pouvoir fournir des soins cliniques optimaux sous la forme d'un diagnostic précoce et d'un traitement rapide du VIH comme de la tuberculose.
Méthodologie	<p>Les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH devraient être inscrits dans le registre des cas de tuberculose à l'échelon de l'unité de gestion de base qui pose le diagnostic et lance le traitement antituberculeux. Ce registre consigne également le résultat du traitement antituberculeux, qui est notifié et évalué dans le rapport trimestriel sur le résultat des traitements antituberculeux (10), 12 mois après la fin de la période considérée.</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH enregistrés comme « décédés » à la rubrique « résultat thérapeutique » dans le registre des cas de tuberculose, y compris les patients qui sont décédés avant le début du traitement antituberculeux. Les patients perdus de vue pour le suivi peuvent également être ajoutés au numérateur si des données nationales montrent qu'une grande proportion de ces patients sont perdus de vue parce qu'ils sont décédés.</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, ajoutés dans le registre des cas de tuberculose pendant la période ayant pris fin 12 mois auparavant dont le statut sérologique au VIH est consigné comme positif, y compris les patients dont la séropositivité était déjà connue (par exemple grâce à des documents attestant de leur inscription pour une prise en charge du VIH). Exclure les patients transférés depuis une autre unité de gestion de la tuberculose et ceux chez lesquels on a diagnostiqué une tuberculose résistante à la rifampicine ou une tuberculose multirésistante et qui ont commencé un traitement complet contre la tuberculose multirésistante. Cependant, le suivi de la mortalité de tous les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, y compris les patients présentant une tuberculose multirésistante, demeure important et les pays sont encouragés à l'effectuer de leur côté.</p>
Fréquence	Les données devraient être enregistrées sur une base quotidienne et notifiées chaque trimestre aux autorités nationales ou infranationales dans le rapport trimestriel sur le résultat des traitements antituberculeux au niveau de l'unité de gestion de base, et annuellement à l'OMS.
Atouts et inconvénients	Cet indicateur détermine la proportion des décès associés au VIH chez les patients tuberculeux enregistrés ; cependant, il sous-estime la mortalité effective car il ne couvre que les patients enregistrés en vue d'un traitement antituberculeux et qui ont fait un test de dépistage du VIH. Il ne mesurera pas les décès de patients tuberculeux inscrits pour une prise en charge du VIH mais qui ne sont pas enregistrés dans le registre des cas de tuberculose, ni ceux qui ne sont inscrits pour aucun soin. Il est possible qu'il ne tienne pas non plus compte des décès de patients ré-enregistrés intervenant après une rechute ou un défaut de traitement.
Source de l'information	Registre des cas de tuberculose tenu au niveau de l'unité de gestion de base.
Responsabilité	PNLT.

Indicateur A.7

Risque de développer une tuberculose chez les agents de santé par comparaison avec l'ensemble de la population, corrigé de l'âge et du sexe

Définition	Risque relatif de développer une tuberculose chez les agents de santé employés dans les établissements prenant en charge la tuberculose ou le VIH, exprimé par le ratio du taux de notification des cas de tuberculose chez les agents de santé sur le taux de notification des cas de tuberculose de l'ensemble de la population pendant la même période, corrigé de l'âge et du sexe, si nécessaire.
Numérateur	Taux de notification de la tuberculose chez les agents de santé, c'est-à-dire le nombre total de patients tuberculeux enregistrés parmi les agents de santé sur le nombre d'agents de santé dans l'unité considérée et sur la période considérée.
Dénominateur	Taux de notification de la tuberculose dans l'ensemble de la population adulte, c'est-à-dire le nombre total de patients tuberculeux enregistrés sur le chiffre de la population adulte dans l'unité considérée pendant la période considérée.
Objet	Estimer le risque relatif que les agents de santé développent une tuberculose par comparaison avec l'ensemble de la population, pour obtenir une mesure indirecte de l'impact des activités de lutte contre l'infection tuberculeuse mises en œuvre dans les établissements de santé.
Justification	Les agents de santé ont le même risque de fond de développer une tuberculose que l'ensemble de la population. Mais, parce qu'ils participent aux soins aux patients, leur exposition à la tuberculose infectieuse est supérieure à celle de l'ensemble de la population. Si des mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse sont mises en œuvre effectivement dans les établissements de santé, il est possible de minimiser cette exposition, de réduire le risque de développer une tuberculose et de ramener à près de 1 le risque relatif de développer une tuberculose.
Méthodologie	<p>Les cas de tuberculose survenant chez les agents de santé devraient être enregistrés par le programme de médecine du travail du pays et les dossiers de la médecine du travail devraient contenir des informations sur le nombre de cas de tuberculose détectés sur des agents de santé pendant la période considérée. Sinon, en l'absence de dossiers de la médecine du travail, il est possible d'obtenir l'information sur la tuberculose chez les agents auprès du PNL. Les agents de santé présentant une tuberculose devraient être inscrits dans les registres de cas de tuberculose tenus par l'unité de gestion de base, et il est souhaitable que leur profession soit précisée dans le registre, par exemple par la mention « agent de santé » et l'indication du lieu de travail dans la colonne consacrée aux remarques. La définition d'un « agent de santé » peut varier suivant les pays, et elle doit être clairement précisée puis utilisée de manière systématique et cohérente afin que les tendances soient comparables sur la durée. Cette catégorie peut se limiter au personnel médical et infirmier ou inclure tous les travailleurs du secteur de la santé, suivant la définition qu'en donne le pays.</p> <p>Numérateur : Calculer le taux de notification des cas de tuberculose chez les agents de santé en divisant le nombre total d'agents de santé présentant une tuberculose qui ont été notifiés par le nombre total d'agents de santé travaillant dans l'unité considérée pendant une période donnée (le plus souvent un an, compte tenu du nombre relativement faible d'agents de santé présentant une tuberculose).</p> <p>Dénominateur : Calculer le taux de notification des cas de tuberculose dans l'ensemble de la population adulte en divisant le nombre total de patients tuberculeux adultes enregistrés pendant la période considérée par le total de la population adulte dans l'unité chargée de la notification pendant la période retenue. Les données utilisées au numérateur et au dénominateur peuvent être corrigées de l'âge et du sexe pour une analyse plus poussée.</p>
Fréquence	Les données devraient être recueillies en continu et notifiées chaque année aux autorités nationales et infranationales ainsi qu'à l'OMS.
Atouts et inconvénients	Cet indicateur tente de mesurer le bien fondé des mesures de lutte contre les infections dans les établissements de santé, mais il devrait être interprété avec prudence, car il arrive que les dossiers de la médecine du travail ou l'enregistrement dans les dossiers du PNL ventilés par profession fassent défaut. D'autres données peuvent également faire défaut si les agents de santé préfèrent recevoir un traitement antituberculeux dispensé par des prestataires hors PNL. Le risque global de développer une tuberculose pour les agents de santé peut donc être sous-estimé. D'un autre côté, ce risque peut être surestimé si la probabilité que les agents de santé accèdent aux services de dépistage de la tuberculose et de diagnostic du PNL dans un pays est élevée.
Source de l'information	Dossiers de la médecine du travail, registre des cas de tuberculose tenu au niveau de l'unité de gestion de base.
Responsabilité	PNL.

3.3 Indicateurs clés utilisés pour le suivi et la notification au niveau national uniquement

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
Indicateurs mesurant l'enchaînement des interventions pour l'intensification du dépistage de la tuberculose						
B.1	Proportion de personnes vivant avec le HIV qui bénéficient d'une prise en charge (y compris dans le cadre d'une PTME) qui ont été dépistées pour la tuberculose dans des établissements de soins ou de traitement du VIH	Nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH chez lesquelles une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite pendant la période considérée	Nombre total de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH et ayant consulté pendant la période considérée	Évaluer dans quelle mesure s'applique la recommandation visant à détecter la présence de symptômes de la tuberculose chez toutes les personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une prise en charge lors de chaque visite dans des établissements de soins et de traitement du VIH	Justification : L'intensification du dépistage de la tuberculose devrait être mise en œuvre dans tous les centres de soins et de traitement du VIH et la recherche de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH devrait être effectuée à chaque visite pendant la période considérée. Il importe également d'assurer le suivi de tout l'enchaînement des soins, de la recherche des symptômes jusqu'au diagnostic et au traitement de la tuberculose. Méthodologie : Recenser le nombre total de personnes vivant avec le VIH qui ont fait l'objet d'une recherche des symptômes et d'un dépistage de la tuberculose, chez lesquelles on a diagnostiqué une tuberculose évolutive et qui ont commencé un traitement antituberculeux inscrit dans les registres pré-TARV ou TARV en consultant les colonnes suivi trimestriel/mensuel et date de début du traitement, respectivement. Source d'information et responsabilité : Dans les pays où il existe un dossier médical électronique avec un identifiant patient unique, ces données peuvent y être incorporées. Cependant, avec les systèmes de dossiers papier, il faudrait mettre en place un mécanisme d'enregistrement et de notification systématiques de tous les événements intervenant dans l'enchaînement des interventions de prise en charge, par exemple par une inscription systématique des personnes présumées tuberculeuses, et un suivi tout au long du processus de diagnostic et de traitement. Cette approche nécessite une coordination étroite entre le PNLS et le PNL, mais c'est le PNLS qui a la responsabilité de la notification.	Les données devraient être enregistrées sur une base quotidienne et les informations agrégées devraient servir à améliorer les programmes au niveau des établissements de santé. Elles devraient être notifiées aux autorités nationales et infranationales tous les mois ou tous les trimestres
B.2	Proportion de personnes vivant avec le HIV chez lesquelles on détecte des symptômes de la tuberculose sur le nombre total de personnes bénéficiant d'un dépistage de la tuberculose	Nombre total de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles on détecte l'un des symptômes laissant penser à une tuberculose	Nombre total de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles on a recherché la présence de symptômes de la tuberculose lors de leur dernière visite à l'établissement de soins ou de traitement du VIH	Évaluer l'efficacité des mécanismes mis en place par le PNLS et le PNL pour que toutes les personnes vivant avec le VIH et se présentant dans un établissement de soins et de traitement du VIH bénéficient d'une détection des symptômes de la tuberculose, fassent l'objet d'une recherche si elles présentent des symptômes et reçoivent un traitement si une tuberculose est diagnostiquée. Ces indicateurs aident à évaluer la qualité du dépistage de la tuberculose, ainsi que la fiabilité des interactions entre le PNLS et le PNL pour l'orientation des patients		
B.3	Proportion de personnes vivant avec le HIV qui bénéficient d'un test de dépistage de la tuberculose sur le nombre total de personnes sur lesquelles on détecte des symptômes de la tuberculose	Nombre total de personnes vivant avec le VIH sur lesquelles on effectue une recherche de la tuberculose	Nombre total de personnes vivant avec le VIH sur lesquelles on a détecté des symptômes de la tuberculose pendant la période considérée			
B.4	Proportion de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles une tuberculose évolutive a été diagnostiquée sur le nombre total de personnes ayant bénéficié d'un test	Nombre total de personnes vivant avec le VIH sur lesquelles une tuberculose évolutive a été diagnostiquée	Nombre total de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles la présence d'une tuberculose évolutive a été recherchée pendant la période considérée			
B.5	Proportion de personnes vivant avec le VIH qui commencent un traitement antituberculeux sur le nombre total de personnes chez lesquelles on a diagnostiqué une tuberculose évolutive	Nombre total de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé un traitement antituberculeux et qui ont été inscrites dans le registre des cas de tuberculose	Nombre total de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles une tuberculose évolutive a été diagnostiquée grâce à l'intensification du dépistage de la tuberculose			

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
Indicateurs mesurant l'accès au test de diagnostic de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH						
B.6	Proportion de personnes vivant avec le VIH présentant des symptômes de tuberculose qui reçoivent un test moléculaire rapide (par ex., Xpert MTB/RIF) comme premier test de diagnostic de la tuberculose	Nombre total de personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de la tuberculose qui reçoivent un test moléculaire rapide (par ex., Xpert MTB/RIF) comme premier test	Nombre total de personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de la tuberculose qui ont été détectés grâce à l'intensification du dépistage dans les établissements de soins et de traitement du VIH pendant la période considérée	Évaluer l'étendue de l'accès aux tests moléculaires rapides comme tests initiaux du diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ; sinon, il est possible de mesurer l'accès à un test avec mise en culture en milieu liquide	Justification : L'examen microscopique des expectorations présente une faible sensibilité pour le diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. L'OMS recommande d'utiliser le test Xpert MTB/RIF comme test de diagnostic initial de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, car il est plus sensible et se prête mieux au diagnostic de la tuberculose pulmonaire que l'examen microscopique classique des expectorations. Les personnes vivant avec le VIH qui sont présumées tuberculeuses devraient donc avoir accès à des établissements recourant à des tests moléculaires rapides tels que Xpert MTB/RIF ou à des tests avec mise en culture en milieu liquide. Méthodologie : Le PNLT devrait veiller à ce que les outils d'enregistrement et de notification que l'OMS recommande pour les laboratoires soient utilisés et à ce que les informations sur les tests de mise en culture pratiqués chez les personnes vivant avec le VIH présumées tuberculeuses soient systématiquement enregistrées (70). Le PNLT et le PNLIS devraient tenir à jour une liste des centres de soins et de traitement du VIH qui ont accès au matériel nécessaire pour le test Xpert ou la mise en culture en milieu liquide. Les pays sont encouragés à mettre en place un mécanisme permettant de centraliser cette information et de la notifier aux autorités nationales et infranationales à intervalles réguliers. Source d'information : Registre de laboratoire pour l'examen microscopique des frottis et le test Xpert MTB/RIF (70). Responsabilité : PNLT/PNLIS lorsque des laboratoires pratiquant le test Xpert MTB/RIF et la mise en culture existent.	L'information devrait être recueillie sur une base trimestrielle et tenue à jour à l'échelle nationale et infranationale afin que l'on puisse suivre les avancées
B.7	Proportion de personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de la tuberculose qui bénéficient d'un test avec mise en culture comme premier test de diagnostic de la tuberculose	Nombre total de personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de la tuberculose qui ont bénéficié d'un test avec mise en culture en milieu liquide comme premier test de la tuberculose				
Indicateurs mesurant l'accès à un TARV précoce pour les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH						
B.8	Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs pour le VIH qui ont commencé un TARV dans les 8 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs pour le VIH qui ont été détectés pendant la période considérée	Évaluer la promptitude avec laquelle le TARV est mis en place à partir du moment où la tuberculose est diagnostiquée chez les personnes séropositives au VIH	Justification : Le TARV améliore considérablement la survie et la qualité de vie des patients tuberculeux vivant avec le VIH. Si le traitement antituberculeux devrait être lancé immédiatement, de préférence le jour même où la tuberculose est diagnostiquée, le TARV devrait commencer dans les 8 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose. Méthodologie : L'information sur la date du début du traitement antituberculeux et du TARV devrait être systématiquement enregistrée dans les registres pré-TARV et TARV. Elle devrait également être inscrite dans le registre des cas de tuberculose tenu au niveau de l'unité de gestion de base. Numérateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs pour le VIH détectés pendant la période considérée qui ont commencé un TARV dans les 8 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose. Dénominateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs pour le VIH, détectés pendant la période considérée, en consultant le registre pré-TARV, le registre TARV et le registre des cas de tuberculose tenu par l'unité de gestion de base et obtenir le nombre total de patients détectés, y compris ceux qui ne sont pas encore inscrits pour une prise en charge du VIH et ceux qui ne sont pas encore enregistrés dans le registre des cas de tuberculose. Le rapprochement entre le registre TARV et le registre des cas de tuberculose joue donc un rôle important. Les personnes vivant avec le VIH qui sont déjà sous TARV au moment où la tuberculose est diagnostiquée ne devraient pas être prises en compte. Les programmes devraient viser à ce que 100 % des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH commencent un TARV dans les 8 semaines à compter du diagnostic. Dans les pays dotés de systèmes nationaux de données en ligne dans lesquels les dossiers médicaux individuels sont régulièrement actualisés par les établissements de santé, les données sont accessibles à tous les acteurs concernés au même moment. En l'absence de système de dossiers médicaux électroniques, le PNLT et le PNLIS devraient endosser conjointement la responsabilité de l'enregistrement et de la notification de toutes les données relatives à cet indicateur. Source d'information : Registre pré-TARV, registre TARV et registre des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base. Responsabilité : PNLIS et PNLT.	L'information devrait être recueillie sur une base trimestrielle et tenue à jour à l'échelle nationale et infranationale afin que l'on puisse suivre les avancées	

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
Indicateurs mesurant l'accès au test de diagnostic de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH						
B.9	Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH profondément immunodéprimés (numération des CD4 < 50) qui ont commencé un TARV dans les 2 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH dont la numération des CD4 est inférieure à 50 par millimètre cube qui ont commencé un TARV dans les 8 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont été détectés pendant la période considérée et dont la numération des CD4 est inférieure à 50 par millimètre cube	Évaluer la promptitude avec laquelle le TARV est mis en place à partir du moment où la tuberculose est diagnostiquée chez les personnes séropositives au VIH	Justification : Mettre en place le TARV dans les 2 semaines suivant le début du traitement antituberculeux peut sauver la vie des patients profondément immunodéprimés. Cependant, la numération des CD4 ne devrait pas faire obstacle à un lancement précoce du TARV. Après le commencement du TARV, les patients devraient bénéficier d'un suivi étroit permettant d'évaluer l'occurrence d'effets secondaires liés au traitement conjoint et au syndrome inflammatoire de restauration immunitaire (RIS), qui est courant mais autolimitatif. Méthodologie et source d'information : Comme pour l'indicateur B.8. Responsabilité : PNLs et PNLT.	Les données devraient être recueillies sur une base quotidienne et notifiées aux autorités nationales ou infranationales dans le cadre de rapports trimestriels

Autres indicateurs						
B.10	Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, détectés et notifiés sur le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose liés à une séropositivité	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée	Nombre estimatif de cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (avec fourchettes d'incertitude basse et haute)	Évaluer les efforts engagés par le PNLs et le PNLT pour détecter les cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH	Justification : Cet indicateur aide à évaluer les efforts de détection des cas de tuberculose, qui englobent les tests du VIH effectués et les activités de conseil menées à l'initiative des prestataires auprès des patients tuberculeux, l'intensification de la détection des cas de tuberculose dans tous les établissements de soins et de traitement du VIH à chaque visite des patients, un accès optimal aux services pour les populations à risque tels que les toxicomanes, les travailleurs du sexe et les personnes incarcérées, ainsi que des liens étroits entre le PNLs et le PNLT. Méthodologie : Numérateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, ajoutés dans le registre des cas de tuberculose pendant la période considérée, dont le statut sérologique au VIH est enregistré comme positif, y compris les patients dont la séropositivité était déjà connue. Par ailleurs, le PNLs et le PNLT doivent veiller à ce que le registre des cas de tuberculose soit tenu à jour et à ce que tous les personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge pré-TARV ou TARV dont le diagnostic de la tuberculose a été enregistré pendant la période considérée soient également enregistrés et prises en compte. Dénominateur : Nombre estimatif de cas incidents de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH (publié avec des fourchettes d'incertitude par l'OMS pour le niveau national sur la base des meilleures données disponibles). Il ne devrait s'appliquer qu'au niveau national et son interprétation devrait tenir compte de l'incertitude qui entoure l'estimation de l'incidence. Source d'information : Numérateur : Registre des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base, registre pré-TARV et registre TARV. Dénominateur : Estimations annuelles récentes spécifiques au pays du nombre de cas incidents de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH (site Web de l'OMS – www.who.int/tuberculosis/country/en). Responsabilité : PNLs et PNLT.	Les données pour le numérateur devraient être recueillies sur une base quotidienne au niveau des établissements mais agrégées chaque année au niveau national et notifiées à l'OMS sur la base des estimations les plus récentes disponibles pour le numérateur

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
B.11	Proportion de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs pour le VIH qui bénéficient d'une prophylaxie au cotrimoxazole	Nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée, qui ont commencé ou poursuivi une prophylaxie au cotrimoxazole pendant leur traitement antituberculeux	Nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée	Mesurer la capacité du PNLIT et du PNLIS à administrer une prophylaxie au cotrimoxazole aux patients tuberculeux séropositifs	<p>Justification : La prophylaxie au cotrimoxazole réduit la morbidité et la mortalité parmi les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH. Elle devrait être administrée immédiatement à tous les patients tuberculeux séropositifs, indépendamment de leur taux de CD4, et peut être arrêtée lorsque les taux de CD4 sont supérieurs à 350 ou 500 par millimètre cube, suivant la politique nationale.</p> <p>Méthodologie : La mise en œuvre d'une prophylaxie au cotrimoxazole devrait être inscrite dans le registre des cas de tuberculose à l'échelon de l'unité de gestion de base.</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée, qui ont commencé ou poursuivi une prophylaxie au cotrimoxazole s'ils bénéficient déjà d'une prise en charge du VIH.</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux, nouveaux et en reculte, séropositifs enregistrés pendant la période considérée</p> <p>Source d'information : Registre des cas de tuberculose tenu au niveau de l'unité de gestion de base.</p> <p>Responsabilité : PNLIT.</p>	Les données devraient être recueillies sur une base quotidienne et notifiées dans les rapports trimestriels sur l'enregistrement des cas de tuberculose
B.12	Proportion d'établissements de santé offrant des services aux personnes qui vivent avec le VIH (y compris une PTME) et respectant des pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse	Nombre d'établissements de santé respectant des pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse « attestées » et conformes aux directives internationales	Nombre total d'établissements de santé dont les pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse ont été évaluées pendant la période considérée	Évaluer dans quelle mesure des pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse sont mises en œuvre dans les établissements de soins et de traitement du VIH et de la tuberculose	<p>Justification : Tous les établissements de santé en général devraient être dotés d'une politique de lutte contre l'infection tuberculeuse. S'il est vital de la mettre en œuvre dans tous les établissements de santé dans les pays à forte prévalence du VIH, comme en Afrique subsaharienne, elle doit être mise en œuvre au minimum dans les établissements de soins du VIH et de la tuberculose dans les pays où l'épidémie de VIH est peu active ou concentrée. Les mesures minimales attestées de lutte contre l'infection tuberculeuse conformes aux directives internationales sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un plan écrit de lutte contre l'infection ; 2. une personne désignée responsable de la mise en œuvre des pratiques de lutte contre l'infection ; 3. un espace d'attente bien ventilé (par exemple avec portes et fenêtres ouvertes) et des messages sur l'hygiène de la toux bien visibles ; 4. les patients présumés tuberculeux doivent être identifiés à leur arrivée dans l'établissement, séparés des autres patients afin de passer rapidement dans tous les espaces d'attente, y compris ceux réservés aux consultations, aux examens et à la délivrance des médicaments ; 5. les symptômes de la tuberculose apparaissant chez les agents de santé doivent immédiatement faire l'objet d'examens et, si une tuberculose est diagnostiquée, les agents de santé doivent être traités, enregistrés et notifiés. <p>Méthodologie : Le personnel du PNLIT et du PNLIS devrait évaluer les établissements de prise en charge du VIH et de la tuberculose sur la base des critères exposés ci-dessus et consigner les observations relatives à chaque élément pendant les visites de supervision de routine ou les évaluations des programmes. Simon, le PNLIT et le PNLIS peuvent mener une enquête annuelle sur les établissements afin de réunir ces données.</p> <p>Source d'information : Rapports sur les visites de supervision ou rapports sur les enquêtes annuelles.</p> <p>Responsabilité : PNLIS et PNLIT.</p>	Les données devraient être recueillies et analysées chaque année
B.13	Proportion de personnes vivant avec le VIH qui arrivent au terme du traitement prophylactique contre la tuberculose	Nombre total de personnes qui sont parvenues au terme du traitement pour une infection tuberculeuse latente pendant la période considérée	Nombre total de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH qui ont commencé un traitement pour une infection depuis 12 à 15 mois	Évaluer l'observance du traitement prophylactique contre la tuberculose par les personnes vivant avec le VIH	<p>Justification : Un traitement régulier et complet de l'infection tuberculeuse latente est nécessaire pour protéger les personnes vivant avec le VIH contre le développement d'une tuberculose évolutive.</p> <p>Méthodologie : Le recueil des données pour cet indicateur sera facilité si le pays est doté d'un système de dossiers médicaux électroniques. Pour le calcul de cet indicateur, il est important d'identifier les personnes vivant avec le VIH qui ont commencé un traitement pour l'infection tuberculeuse latente et qui sont parvenues à son terme dans un délai raisonnable. Les pays sont encouragés à mettre en place des mécanismes permettant d'enregistrer et de notifier l'information sur l'achèvement des traitements prophylactiques de la tuberculose.</p> <p>Source d'information : Registres pré-TARV et TARV ou registre des traitements de l'infection tuberculeuse latente, le cas échéant.</p> <p>Responsabilité : PNLIS</p>	Les données devraient être recueillies sur une base quotidienne mais notifiées aux autorités nationales ou infranationales chaque trimestre

3.4 Indicateurs facultatifs utilisés pour le suivi et la notification au niveau national

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
Indicateurs pour une intervention ou des mesures élargies						
C.1	Proportion de patients présumés tuberculeux dont le statut sérologique au VIH a été enregistré	Nombre total de patients présumés tuberculeux dont les résultats au test de dépistage du VIH ont été enregistrés	Nombre total de patients présumés tuberculeux qui font l'objet d'une recherche de la tuberculose pendant la période considérée	Améliorer la détection des personnes infectées par le VIH et la détection précoce des patients tuberculeux séropositifs	<p>Justification : Une grande proportion des personnes vivant avec le VIH ignorent leur statut sérologique. Le test de dépistage du VIH pratiqué sur les cas de tuberculose présumés offre un point d'entrée dans l'enchaînement des interventions de prise en charge du VIH (prévention, soins, accompagnement et traitement).</p> <p>Méthodologie : Tous les cas de tuberculose présumés (pulmonaire et extrapulmonaire) devraient se voir proposer un test de dépistage du VIH pendant leur visite dans les établissements de santé. Les résultats des tests de dépistage du VIH devraient être consignés dans le registre du laboratoire qui a pratiqué l'examen microscopique de frottis et le test Xpert MTB/RIF (10), dans le registre des cas de tuberculose présumés ou dans tout autre registre utilisé à cette fin dans le pays.</p> <p>Numérateur : À la fin de la période considérée, recenser le nombre total de patients présumés tuberculeux dont le statut sérologique pour le VIH a été enregistré comme étant positif ou négatif, y compris les patients dont la séropositivité était déjà connue (par exemple grâce à des documents attestant de leur inscription pour une prise en charge du VIH). Les patients tuberculeux sérologiques au VIH sont ceux dont les résultats du test de dépistage du VIH sont négatifs au moment de la recherche de tuberculose.</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total de patients présumés tuberculeux qui font l'objet d'une recherche de tuberculose pendant la période considérée</p> <p>Source d'information : Registre du laboratoire qui a pratiqué l'examen microscopique de frottis et le test Xpert MTB/RIF (10), registre des cas de tuberculose présumés ou tout autre registre utilisé à cette fin dans le pays.</p> <p>Responsabilité : PNLI.</p>	Les données devraient être enregistrées sur une base quotidienne et pourraient être notifiées chaque trimestre
C.2	Proportion de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient actuellement d'une prise en charge chez lesquelles on détecte une tuberculose pendant la période considérée	Nombre total de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée	Nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH (pré-TARV et TARV) pendant la période considérée	Mesurer la charge globale de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH qui bénéficient actuellement d'une prise en charge du VIH, tandis que l'indicateur mondial A.3 mesure la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH qui sont nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH, cet indicateur mesure la charge globale.	<p>Justification : Dans les programmes qui fonctionnent bien, l'étude de cet indicateur sur une période donnée indiquera l'impact produit par les activités conjointes tuberculose/VIH sur la charge de morbidité.</p> <p>Méthodologie :</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée dans le registre des cas de tuberculose.</p> <p>Dénominateur : Recenser le nombre total de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un TARV plus les personnes bénéficiant d'une prise en charge pré-TARV et qui ont été reçues en consultation pour des soins pendant la période considérée.</p> <p>Source d'information : Registre des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base, registre pré-TARV et registre TARV.</p> <p>Responsabilité : PNLS et PNLI.</p>	Les données devraient être recueillies sur une base quotidienne et peuvent être notifiées aux autorités nationales ou infranationales chaque trimestre
C.3	Proportion de personnes vivant avec le VIH actuellement sous TARV qui développent une tuberculose évolutive pendant la période considérée	Nombre total de personnes vivant avec le VIH actuellement sous TARV qui développent une tuberculose évolutive pendant la période considérée	Nombre total de personnes vivant avec le VIH inscrites pour une prise en charge du VIH qui sont actuellement sous TARV	Mesurer la charge globale de la tuberculose évolutive chez les personnes vivant avec le VIH tout en bénéficiant d'un TARV. Cet indicateur mesure indirectement l'ampleur de la transmission de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH tout en bénéficiant d'un TARV.	<p>Justification : Les personnes vivant avec le VIH présentent un risque initial de développer une tuberculose supérieur à celui des personnes sérologiques au VIH. Le TARV réduit significativement ce risque, qui reste toutefois supérieur à celui des personnes sérologiques. Dans des environnements à forte charge de tuberculose et de VIH, ce risque augmente en raison de la transmission. Une détection précoce de la tuberculose, le commencement rapide du TARV, les mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé et le traitement de l'infection tuberculeuse latente peuvent contribuer à réduire ce risque. Une proportion stable ou en augmentation de personnes vivant avec le VIH qui développent une tuberculose évolutive alors qu'elles sont sous TARV, sous une période donnée, témoigne d'une mise en œuvre insuffisante de ces interventions.</p> <p>Méthodologie : Le recueil des données pour cet indicateur sera facilité si le pays est doté d'un système de dossiers médicaux électroniques. Il importe de déterminer la date de début du TARV pour savoir si la tuberculose est diagnostiquée pendant que le patient est sous TARV. Les pays sont encouragés à introduire cette variable dans leurs systèmes de données.</p> <p>Source d'information : Registre TARV et registre des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base.</p> <p>Responsabilité : PNLS</p>	Les données devraient être recueillies sur une base quotidienne et peuvent être notifiées aux autorités nationales ou infranationales chaque trimestre

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
C.4	Proportion de personnes vivant avec le VIH qui sont prises en charge et qui ont déjà bénéficié au moins d'un traitement prophylactique contre la tuberculose	Nombre total de personnes qui avaient reçu au moins un traitement complet contre l'infection tuberculeuse latente à la fin de la période considérée	Nombre total de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH à la fin de la période considérée	Évaluer la couverture globale de la prophylaxie de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH qui bénéficiaient actuellement d'une prise en charge du VIH.	<p>Justification : Le PNLS devrait assurer l'accès de toutes les personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH, y compris de celles qui sont nouvellement inscrites, à la prophylaxie de la tuberculose par des médicaments antituberculeux puissants. Un niveau élevé de couverture du TARV et de la prophylaxie de la tuberculose limite le risque de cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, et réduit donc la mortalité.</p> <p>Méthodologie : Le recueil des données pour cet indicateur sera facilité si le pays est doté d'un système de dossiers médicaux électroniques. Pour le calcul de cet indicateur, il importe d'identifier les personnes qui ont reçu au moins un traitement complet contre l'infection tuberculeuse latente même après leur inscription pour une prise en charge du VIH. Les pays sont encouragés à introduire cette variable dans leurs systèmes de données.</p> <p>Source d'information : Registres pré-TARV et TARV ou registre des infections tuberculeuses latentes, le cas échéant.</p> <p>Responsabilité : PNLS</p>	Les données devraient être recueillies sur une base quotidienne et peuvent être notifiées aux autorités nationales ou infranationales dans le cadre de la notification systématique
Indicateurs mesurant le diagnostic et le traitement de la tuberculose associée au VIH dans des situations particulières						
C.5	Proportion de patients présentant une tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine dont le statut sérologique au VIH a été enregistré	Nombre total de patients présentant une tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine dont le statut sérologique au VIH a été enregistré	Nombre total de patients présentant une tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine qui ont été enregistrés pendant la période considérée	Évaluer l'étendue des tests du VIH effectués et des activités de conseil menées à l'initiative des prestataires auprès des patients présentant une tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine	<p>Justification : La tuberculose multirésistante ou la tuberculose résistante à la rifampicine associée au VIH se caractérise par une très forte mortalité si elle n'est pas détectée. La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH aide à promouvoir un comportement sûr et à réduire la transmission du VIH. Elle facilite également une prise en charge et un accompagnement rapides du VIH, y compris le lancement d'un TARV précoce.</p> <p>Méthodologie : Les pays sont encouragés à adopter la fiche de traitement de deuxième intention et le registre pour le traitement antituberculeux de deuxième intention recommandés par l'OMS. Les détails du test du VIH chez les patients présentant une tuberculose multirésistante devraient être actualisés régulièrement dans ces dossiers et mesurés à la fin de la période considérée.</p> <p>Source d'information : Registre pour le traitement antituberculeux de deuxième intention</p> <p>Responsabilité : PNLS.</p>	Les données devraient être recueillies sur une base quotidienne et peuvent être notifiées aux autorités nationales ou infranationales chaque trimestre
C.6	Proportion de patients séropositifs pour le VIH traités pour une tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine qui sont également sous TARV	Nombre total de patients séropositifs pour le VIH présentant une tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine qui suivent un traitement antituberculeux de deuxième intention et qui sont déjà sous TARV ou viennent d'en commencer un	Nombre total de patients positifs au VIH présentant une tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine qui ont été enregistrés pendant la période considérée	Déterminer dans quelle mesure les patients séropositifs pour le VIH présentant une tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine qui suivent un traitement antituberculeux de deuxième intention sont déjà également sous TARV	<p>Justification : Un commencement rapide du traitement contre une tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine et du TARV revêt une importance critique pour le recul de la mortalité due à la tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine associée au VIH.</p> <p>Méthodologie : Les détails du diagnostic et du traitement de la tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine chez les personnes vivant avec le VIH devraient être enregistrés sur la fiche de prise en charge du HIV/TARV et dans les registres pré-TARV et TARV ; de même, les informations sur le statut vis-à-vis du TARV des patients positifs au VIH présentant une tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine devraient être enregistrées dans le registre des traitements antituberculeux de deuxième intention.</p> <p>Numérateur : Recenser le nombre total de patients séropositifs pour le VIH présentant une tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine qui ont commencé un traitement antituberculeux de deuxième intention et qui sont déjà sous TARV ou viennent d'en commencer un.</p> <p>Dénominateur : À la fin de la période considérée, recenser le nombre total de patients séropositifs pour le VIH présentant une tuberculose pharmacorésistante détectés à l'issue d'un rapprochement des données entre les registres pré-TARV, TARV et des traitements de deuxième intention.</p> <p>Source d'information : Registre des traitements antituberculeux de deuxième intention, registres pré-TARV et TARV.</p> <p>Responsabilité : PNLS et PNLI.</p>	

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
C.7	Proportion de patients tuberculeux séropositifs pour le VIH sous TARV à base d'inhibiteurs de la protéase qui reçoivent un traitement antituberculeux contenant de la rifabutine	Nombre de patients tuberculeux VIH-positifs sous TARV qui ont reçu un traitement antituberculeux contenant de la rifabutine	Nombre total de personnes vivant avec le VIH sous TARV à base d'inhibiteurs de la protéase chez qui une tuberculose évolutive a été diagnostiquée pendant la période considérée	Évaluer dans quelle mesure la rifabutine est utilisée chez les patients tuberculeux VIH-positifs qui reçoivent un TARV à base d'inhibiteurs de la protéase	<p>Justification : En général, les rifamycines sont de puissants inducteurs d'enzymes cytochromes P450, qui métabolisent aussi les inhibiteurs de la protéase. Ensemble, elles peuvent délivrer des doses sous-cliniques pour les inhibiteurs de la protéase et entraîner une pharmacorésistance. Cependant, la rifabutine étant un inducteur d'enzymes cytochromes P450 moins puissant que d'autres rifamycines, elle est recommandée à la place de la rifampicine (11).</p> <p>Méthodologie : Pour calculer cet indicateur, il est nécessaire de recenser les personnes vivant avec le VIH qui sont sous TARV à base d'inhibiteurs de la protéase et qui ont reçu un traitement antituberculeux contenant de la rifabutine. Les pays sont encouragés à installer des mécanismes pour consigner cette information dans le registre TARV ou l'inclure dans les dossiers médicaux électroniques.</p> <p>Source d'information : Registre TARV.</p> <p>Responsabilité : PNLS</p>	Les données devraient être collectées sur une base quotidienne et peuvent être notifiées tous les trimestres au niveau national ou infranational ; sinon, des enquêtes annuelles sur les sites proposant un TARV à base d'inhibiteurs de la protéase peuvent être réalisées en vue d'obtenir les données
Indicateurs mesurant l'intégration et l'optimisation des services pour la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH						
C.8	Proportion d'unités de gestion de base pour la tuberculose qui proposent des services de dépistage du VIH et de conseil	Nombre d'unités de gestion de base qui disposent d'au moins un établissement de prise en charge de la tuberculose ou d'un établissement de santé général proposant des services de dépistage du VIH et de conseil conformément aux lignes directrices nationales	Nombre total d'unités de gestion de base pour la tuberculose existantes pendant la période considérée	Évaluer dans quelle mesure les patients tuberculeux ont accès aux services de dépistage du VIH et de conseil	<p>Justification : Alors que des services de dépistage du VIH et de conseil sont largement disponibles dans les pays à forte prévalence du VIH, ils se limitent à quelques établissements dans les pays où l'épidémie de VIH est peu active et concentrée. L'accès peut être amélioré si les services de dépistage du VIH et de conseil sont intégrés dans les établissements de prise en charge de la tuberculose ou dans les établissements de santé généraux existants.</p> <p>Méthodologie : Les données devraient être collectées auprès de chaque établissement lors des visites de supervision ou des évaluations internes et externes des programmes offrant des services de prise en charge de la tuberculose/VIH. Un inventaire des établissements disposant de services de dépistage et de conseil intégrés devrait être tenu à jour par le PNLS et le PNLT et servir à calculer le numérateur de cet indicateur. Le PNLT devrait produire des informations sur le nombre d'unités de gestion de base.</p> <p>Source d'information : Liste des établissements de santé ou prise en charge de la tuberculose dotés de services de dépistage du VIH et de conseil intégrés.</p> <p>Responsabilité : PNLS et PNLT.</p>	Données notifiées chaque trimestre au niveau national et infranational. Une cartographie des établissements peut être réalisée tous les ans, parallèlement à une évaluation des progrès.
C.9	Proportion d'établissements de santé proposant des services de prise en charge de la tuberculose qui offrent aussi des services TARV	Nombre d'établissements de santé proposant des services de prise en charge de la tuberculose qui offrent aussi des services TARV (commencement et gestion du TARV)	Nombre total d'établissements de santé proposant des services de prise en charge de la tuberculose pendant la période considérée	Évaluer dans quelle mesure les services TARV sont intégrés dans les établissements de soins antituberculeux	<p>Justification : Les services cliniques de prise en charge du VIH, notamment pour le commencement et la prise en charge du TARV, peuvent être délivrés via des établissements autonomes ou par des services intégrés dans les établissements de santé généraux ou dans les établissements de prise en charge de la tuberculose. Le PNLS et le PNLT devraient promouvoir cette intégration afin d'améliorer l'accès. L'intégration peut relever de l'une des trois catégories suivantes : établissements où les patients reçoivent à la fois des services VIH et TARV dans la même salle ; établissements où les patients reçoivent à la fois VIH et TARV dans des salles différentes mais à l'intérieur des mêmes locaux ; et les cas où les patients doivent se déplacer d'un établissement à un autre pour recevoir soit des services VIH soit des services TARV.</p>	

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
C.10	Proportion d'établissements proposant des services de prise en charge de la tuberculose qui offrent aussi des services de prévention du VIH	Nombre total d'établissements de santé proposant des services de prise en charge de la tuberculose qui sont effectivement équipés pour offrir des services de prévention du VIH	Nombre total d'établissements de santé proposant des services de prise en charge de la tuberculose dans lesquels on a évalué la disponibilité de services de prévention du VIH	Évaluer dans quelle mesure les patients tuberculeux ont accès à des services de prévention du VIH.	<p>Justification : Dans les pays à forte prévalence de la tuberculose et du VIH, les services de prise en charge de la tuberculose constituent une plateforme pour la prestation de services de prévention du VIH destinés aux patients tuberculeux. On considère que ces établissements sont équipés pour fournir des services de prévention si les services suivants sont disponibles (décision en fonction de l'épidémie locale de VIH et sur la base des lignes directrices nationales) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilité de boîtes de préservatifs et promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ; 2. Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles ; 3. Promotion des pratiques sexuelles sûres dans les populations à risque élevé ; 4. Services de distribution de seringues stériles aux toxicomanes par voie intraveineuse ; 5. Établissements pratiquant la circoncision médicale volontaire pour la population masculine. <p>Méthodologie : Les données devraient être collectées auprès de chaque établissement lors des visites de supervision ou des évaluations internes et externes des programmes offrant des services de prise en charge de la tuberculose/du VIH. Le PNLIT et le PNLIS devraient tenir à jour un inventaire des établissements dispensant de services de prévention du VIH et utiliser ces informations pour calculer le numérateur de cet indicateur.</p> <p>Source d'information : Liste des établissements de prise en charge de la tuberculose qui proposent des services de prévention du VIH.</p> <p>Responsabilité : PNLIS et PNLIT.</p>	Il faudrait analyser les données chaque année afin d'évaluer les progrès
C.11	Proportion d'établissements de soins et de traitement du VIH (dont PTME) qui proposent aussi des services de prévention et de soins antituberculeux	Nombre d'établissements de soins et de traitement antituberculeux ou au moins un membre du personnel est capable de dépister les symptômes de la tuberculose, ainsi que d'administrer une prophylaxie et un traitement antituberculeux	Nombre total d'établissements de soins et de traitement du VIH existants pendant la période considérée	Évaluer dans quelle mesure les services de prévention et de soins antituberculeux sont mis en œuvre dans les établissements de soins et de traitement du VIH	<p>Justification : Les « trois I » recommandées par l'OMS (intensification du dépistage des cas de tuberculose, prophylaxie à l'isoniazide et lutte contre l'infection tuberculeuse) devraient être mises en œuvre systématiquement dans tous les établissements de soins et de traitement du VIH afin de limiter le plus possible la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Au moins un membre du personnel de l'établissement de santé devrait être formé et régulièrement encadré pour la délivrance de ces services.</p> <p>Méthodologie : Les données devraient être collectées auprès de chaque établissement lors des visites de supervision ou des évaluations internes et externes des programmes offrant des services de prise en charge de la tuberculose/du VIH.</p> <p>Le PNLIT et le PNLIS devraient tenir à jour une base de données sur le personnel disponible au niveau de tous les établissements de soins et de traitement du VIH et sur leur formation, et utiliser ces informations pour calculer le numérateur de cet indicateur.</p> <p>Source d'information : Liste du personnel, au niveau des établissements de prise en charge du VIH, qui est formé aux « trois I ».</p> <p>Responsabilité : PNLIS et PNLIT.</p>	
C.12	Proportion d'établissements de soins de santé pour la mère et l'enfant qui intensifient également le dépistage des cas de tuberculose	Nombre total d'établissements de soins de santé pour la mère et l'enfant qui intensifient le dépistage des cas de tuberculose	Nombre total de sites de santé pour la mère et l'enfant (centres de soins prénatals, maternités, centres postnatals, centres de planification familiale, centres de suivi et de soins pédiatriques) existants pendant la période considérée	Évaluer dans quelle mesure l'intensification des activités de dépistage des cas de tuberculose est intégrée dans les établissements de soins pour la mère et l'enfant	<p>Justification : Chez les femmes enceintes VIH-positives, la tuberculose est associée à une issue défavorable de la grossesse et à une hausse de la mortalité de la mère et de l'enfant. Elle accroît aussi le risque de transmission mère-enfant du VIH. Il faudrait que les services de dépistage du VIH et de conseil proposés par les prestataires, ainsi que l'intensification du dépistage des cas de tuberculose, soient mis en œuvre dans les établissements de soins pour la mère et l'enfant aux fins de la détection précoce de la tuberculose associée au VIH. Les enfants, surtout ceux exposés au VIH ou à la tuberculose, devraient également être dépistés systématiquement.</p> <p>Méthodologie : Les pays sont encouragés à instaurer un mécanisme pour l'enregistrement et la notification des activités d'intensification du dépistage des cas de tuberculose au niveau des centres de santé pour la mère et l'enfant comme dans les centres de soins et de traitement du VIH. La collecte des données destinées à cet indicateur sera facilitée à où des systèmes de dossiers médicaux électroniques sont disponibles.</p> <p>Source d'information : Registre des soins prénatals, postnatals et pédiatriques.</p> <p>Responsabilité : PNLIT et programme de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant</p>	Les données peuvent être analysées chaque année

No	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Objet	Justification, méthodologie, source d'information, responsabilité	Fréquence
C.13	Proportion de centres de traitement de substitution aux opioïdes qui proposent aussi des services de prise en charge de la tuberculose et du VIH	Nombre de centres dont au moins un membre du personnel est capable de procéder à une intensification du dépistage et au traitement des cas de tuberculose, ainsi que de dépister le VIH et de donner des conseils	Nombre total de centres de traitement de substitution aux opioïdes qui existent pendant la période considérée	Proportion de centres de traitement de substitution aux opioïdes qui proposent aussi des services de prise en charge de la tuberculose et du VIH	Justification : On sait que tant la charge de la tuberculose que celle du VIH sont élevées en milieu pénitentiaire. De même, les toxicomanes par voie intraveineuse sont davantage exposés à l'infection à VIH, et donc à la tuberculose. Les établissements de santé qui répondent aux besoins de ces populations devraient être équipés pour des interventions de lutte contre la tuberculose/le VIH via la formation de leur personnel, des liens avec les services de diagnostic et de traitement, et autres mesures. Le PNLS et le PNLIT devraient inclure ces populations en tant que groupes prioritaires pour la mise en œuvre des programmes. Méthodologie : Les pays sont encouragés à instaurer des mécanismes pour l'enregistrement et la notification des activités tuberculose/VIH dans ces établissements. Source d'information : Dossiers médicaux existants. Responsabilité : PNLS et PNLIT.	Les données peuvent être analysées chaque année
C.14	Proportion de centres de santé en milieu pénitentiaire qui proposent aussi des services tuberculose/VIH	Nombre total de centres de santé en milieu pénitentiaire existants pendant la période considérée	Nombre total de centres de santé en milieu pénitentiaire existants pendant la période considérée			
Indicateurs mesurant l'engagement communautaire						
C.15	Proportion d'ONG et d'organisations communautaires qui mettent en œuvre des activités tuberculose/VIH	Nombre total d'ONG et d'organisations communautaires mettant en œuvre des activités tuberculose/VIH	Nombre total d'ONG et d'organisations communautaires ayant la possibilité de mettre en œuvre des services tuberculose/VIH dans leurs actions en cours, qui existaient pendant la période considérée	Mesurer l'engagement du PNLS et du PNLIT aux côtés des ONG et des organisations communautaires dans la mise en œuvre des activités tuberculose/VIH	Justification : Les ONG et les organisations communautaires fournissent des services aux communautés qui ont peu accès aux services de prise en charge de la tuberculose et du VIH. Le PNLS et le PNLIT devraient recenser ces principales parties prenantes (existantes et potentielles) pour les activités tuberculose/VIH communautaires, ainsi que les structures communautaires existantes les mieux adaptées à la mise en œuvre des activités tuberculose/VIH. Elles devraient également évaluer la capacité des ONG et des organisations communautaires existantes à utiliser ces structures et déployer des efforts systématiques pour s'engager à leurs côtés. Méthodologie : Le PNLS et le PNLIT devraient tenir à jour un inventaire à la fois des ONG et des organisations communautaires participant aux programmes et de celles qui pourraient y participer. Les pays sont encouragés à instaurer des mécanismes pour évaluer l'engagement des ONG et des organisations communautaires, ainsi que la mise en œuvre des activités, à intervalles réguliers, afin d'évaluer les progrès. Les données peuvent être collectées lors des visites de supervision ou des évaluations internes et externes des programmes. Source d'information : Instruments élaborés par les ONG et les organisations communautaires, en concertation avec le PNLS et le PNLIT. Responsabilité : PNLS et PNLIT	Les données peuvent être analysées chaque année
C.16	Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux VIH-positifs enregistrés dans l'unité de gestion de base qui sont orientés par des agents de santé communautaires ou des bénévoles	Nombre de nouveaux patients tuberculeux VIH-positifs qui ont été orientés par des agents de santé communautaires ou des bénévoles vers des établissements de santé pour un diagnostic de la tuberculose ou un dépistage du VIH	Nombre total de nouveaux patients tuberculeux VIH-positifs enregistrés dans l'unité de gestion de base pendant la période considérée	Mesurer la contribution des agents de santé communautaires et des bénévoles à la détection de nouveaux patients tuberculeux VIH-positifs	Justification : Les agents de santé communautaires et les bénévoles qui sont systématiquement sensibilisés à la prévention et à la prise en charge de la tuberculose par les ONG et les organisations communautaires devraient orienter les personnes présentant des symptômes de la tuberculose vers un établissement de santé pour une recherche de la tuberculose et un dépistage du VIH. Méthodologie : Les orientations par des agents de santé communautaires ou des bénévoles devraient être systématiquement consignées au niveau de l'établissement de santé sur des fiches de traitement antituberculeux et dans le registre des cas présumés de tuberculose ou dans le registre du laboratoire. De même, le registre des cas de tuberculose au niveau de l'unité de gestion de base devrait aussi consigner les « orientations par des agents de santé communautaires et des bénévoles communautaires » au moment de l'enregistrement, afin de permettre l'enregistrement standardisé de la contribution communautaire. Outre l'enregistrement, les pays sont encouragés à instaurer un système de notification. Source d'information : Registre des cas présumés de tuberculose, registre du laboratoire de recherche de la tuberculose, registre des cas de tuberculose. Responsabilité : PNLIT.	Les données peuvent être recueillies sur une base quotidienne et notifiées tous les trimestres à l'échelon national et infranational, en même temps que d'autres rapports

Références

1. Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/).
2. Trois systèmes intégrés de suivi du patient pour les soins VIH/TARV, SMI/PTME (y compris la prévention contre le paludisme au cours de la grossesse) et la co-infection TB/VIH : Données minimum standardisées et outils illustratifs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155_fre.pdf?ua=1).
3. Electronic recording and reporting for tuberculosis care and control. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (WHO/HTM/TB/2011.22 ; http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564465_eng.pdf).
4. Consolidated HIV strategic information guide for the health sector. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (version non définitive).
5. Directives pour la surveillance du VIH chez les malades tuberculeux, 2e édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2004.339_fre.pdf?ua=1).
6. Tuberculose : Directives relatives à la surveillance de la pharmacorésistance, 4e édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242598674_fre.pdf?ua=1).
7. Framework for conducting reviews of tuberculosis programmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<http://www.who.int/tb/publications/framework-tb-programme-reviews/en/>).
8. Guide to conducting programme reviews for the health sector response to HIV. Genève, Organisation mondiale de la Santé, octobre 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-response-guide/en/>).
9. Core indicators for NACPs: guidance and specifications for additional recommended indicators. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2008 (UNAIDS/08.26E).
10. Définitions et cadre de notification pour la tuberculose : Révision 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/110724/1/9789242505344_fre.pdf?ua=1).
11. Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/fr/>).

Annexe 1. Suivi et évaluation : aperçu et justification

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

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

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

L'**évaluation** consiste à évaluer ponctuellement les résultats qui peuvent être attribués aux activités menées au titre des programmes ; elle utilise des données du suivi et bien souvent des indicateurs qui ne sont pas collectés par les systèmes d'information habituels. L'évaluation permet d'examiner les causes empêchant d'obtenir les résultats escomptés dans les délais et d'apporter toute correction nécessaire à mi-parcours.

L'**évaluation de processus** évalue les progrès accomplis dans la mise en œuvre des programmes et dans la couverture obtenue.

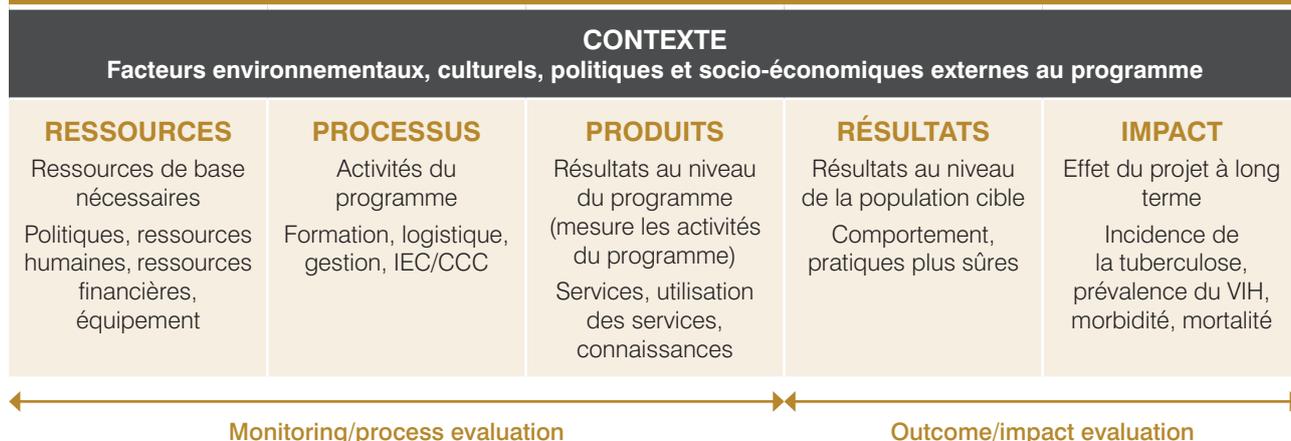
Le suivi et l'évaluation sont le plus souvent planifiés et exécutés par le personnel des programmes de lutte antituberculeuse et anti-VIH ou par le personnel de services de santé généraux, mais, dans certains cas, en particulier lors de l'évaluation ou de l'examen d'un programme, on fait appel à des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

Le cadre du suivi et de l'évaluation

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

Pour qu'un programme ou un projet atteigne ses objectifs, les **ressources**, par exemple les ressources financières, le personnel disponible et les politiques, doivent aboutir à des **produits** : stocks de médicaments et systèmes d'approvisionnement, services nouveaux ou services améliorés, personnel qualifié. Ces produits résultent souvent de **processus** spécifiques, par exemple des sessions de formation du personnel, qui constituent des activités essentielles visant à obtenir les produits escomptés. Si ces produits sont bien conçus et qu'ils couvrent les populations auxquelles ils sont destinés, le programme ou le projet aura des chances de produire des effets ou **résultats** positifs à court terme, comme une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles on recherche des symptômes de la tuberculose ou de patients tuberculeux chez lesquels on recherche des symptômes du VIH. Ces résultats positifs à court terme devraient entraîner des changements dans l'**impact** à long terme des programmes, se traduisant, par exemple, par une incidence moindre de la tuberculose ou du VIH.

Figure A1.1 Cadre de suivi et d'évaluation



IEC : information, éducation et communication, CCC : communication sur le changement de comportement

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

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

Les étapes suivantes sont recommandées pour l'élaboration d'un plan de suivi et d'évaluation :

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

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

Indicateurs

Un indicateur est une variable utilisée pour mesurer les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts, objectifs et cibles des programmes, permettant aux responsables d'évaluer les résultats obtenus par rapport à des valeurs de référence. Il s'agit d'une mesure spécifique de la performance des programmes qui est observée sur la durée grâce au système de suivi. La valeur d'un indicateur en soi est habituellement peu utile ; toutefois, des valeurs ou des changements inattendus de l'indicateur laissent penser qu'il faut poursuivre les recherches. La plupart du temps, les indicateurs sont sélectionnés et les cibles fixées pendant le processus de planification des programmes. Les indicateurs seront également choisis en fonction du type de services à proposer et de la capacité des programmes à mener un suivi et une évaluation. On trouvera dans le Tableau A.1.1 des critères de sélection types pour déterminer la pertinence de tel ou tel indicateur, ainsi que l'explication de la procédure d'intégration de chaque critère.

Tableau A1.1 Critères de sélection des indicateurs	
Critères	Explication
Valables	Les indicateurs doivent mesurer efficacement la situation ou l'événement qu'ils sont censés évaluer
Fiables	Les indicateurs doivent être objectifs et produire les mêmes résultats lorsqu'ils sont utilisés plus d'une fois pour mesurer une situation ou un événement identique, toutes choses égales par ailleurs (par exemple à l'aide des mêmes méthodes/outils/ instruments)
Spécifiques	Les indicateurs doivent mesurer uniquement les situations ou événements qu'ils sont censés évaluer
Sensibles	Les indicateurs doivent rendre compte des changements d'état des situations ou des événements observés
Opérationnels	Les indicateurs peuvent être mesurés à l'aide de définitions élaborées et testées au niveau du programme, et conformément à des normes de référence
Financièrement abordables	Les coûts engagés pour mesurer les indicateurs doivent être raisonnables
Applicables	Il doit être possible de procéder à la collecte de données proposées dans les conditions normales du programme
Mesurables	Les indicateurs peuvent être mesurés de manière objective
Comparables	Les indicateurs doivent être comparables dans le temps et entre les différentes zones géographiques

Source : D'après Développement de l'évaluation des programmes de santé : rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (document A31/10).

Annexe 2. Activités conjointes tuberculose/VIH : profil de pays et analyse de la situation

Un profil de pays doit permettre d'établir le contexte dans lequel assurer le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Il comprend des facteurs environnementaux, culturels, politiques et socio-économiques, le plus souvent présentés sous forme de descriptifs périodiques, qui peuvent aussi aider à expliquer les changements de valeur des indicateurs et contribuer à les interpréter. Outre ces facteurs généraux, d'autres données sont utiles pour présenter le contexte général, dont la population totale, le nombre d'établissements de santé et la charge de la tuberculose et du VIH. Ces données sont recueillies de façon systématique, produites dans d'autres rapports et disponibles grâce à d'autres sources, d'où l'absence, ici, de plus amples détails sur les méthodes de collecte. Le Tableau A2.1 résume, à titre indicatif, l'analyse de la situation dans un pays donné.

Table A2.1 Country situational analysis	
Population totale du pays	
Nombre d'unités de gestion (niveau infranational, districts et sous-districts)	
Nombre d'établissements de santé par niveau et par type	
Nombre de personnels par catégorie et par type d'établissement de santé	
Couverture des soins prénatals (au moins une consultation)	
Scénario d'épidémie de tuberculose et de VIH	
Prévalence du VIH (hommes et femmes adultes, enfants, principales populations concernées, par région, etc.)	
Nombre de personnes vivant avec le VIH/sida	
Couverture du traitement antirétroviral	
Taux d'incidence de la tuberculose	
Taux de prévalence de la tuberculose	
Taux de mortalité liée à la tuberculose	
Taux de détection de toutes les formes de tuberculose	
Taux de guérison des nouveaux cas ou des cas de reprise de traitement contre la tuberculose pulmonaire	
% de tuberculose multirésistante chez les patients nouveaux ou en reprise de traitement	
Nombre estimé de cas de tuberculose multirésistante chez les patients pour lesquels une tuberculose a été signalée	
Lieux de mise en œuvre des programmes	
Nombre total d'établissements de dépistage du VIH	
Nombre total d'établissements proposant des TARV (et distribution géographique, si cette information est disponible)	
Nombre total de laboratoires réalisant l'examen microscopique de frottis	
Nombre total d'établissements effectuant un test moléculaire rapide, tel que Xpert MTB/RIF, ou un test rapide par mise en culture	
Nombre total d'établissements proposant des services de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant, dont des services prénatals, de maternité, de planification familiale et de soins postpartum	
Nombre total de centres de santé pour l'enfant : suivi pédiatrique et soins thérapeutiques	
Nombre de structures essentielles accueillant une population vulnérable à la tuberculose et au VIH : établissements pénitentiaires, centres de traitement de substitution des opioïdes, etc.	
Prestataires de soins anti-VIH ou antituberculeux	
Nombre d'établissements de prise en charge de la tuberculose qui proposent des services de dépistage du VIH	
Nombre d'établissements de prise en charge de la tuberculose qui proposent un TARV	
Nombre d'établissements de prise en charge de la tuberculose qui proposent aussi des services de prévention du VIH : distribution de préservatifs, circoncision, etc.	

Nombre de centres de prise en charge du VIH qui proposent aussi des services de prévention et de traitement de la tuberculose	
Nombre de centres de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant qui mettent en œuvre une intensification du dépistage des cas de tuberculose	
Systèmes communautaires	
Nombre d'ONG et d'organisations communautaires en place/participant à la mise en œuvre des programmes à chaque niveau du système de santé	
Agents de santé communautaires ou bénévoles	

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

Population et services

Population totale

Population totale à l'échelle de tous les niveaux de gestion (national, infranational, district et sous-district), incluant la population adulte totale (âgée d'au moins 15 ans) et les enfants (âgés de 0 à 4 ans et de 5 à 14 ans), qui peut être utilisée comme dénominateur pour la période examinée.

Unités de gestion (régions, provinces, districts et sous-districts)

Nombre total de :

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

Nombre d'établissements de santé

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

Effectifs dans chaque établissement de santé

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

Information propre à chaque maladie

Il importe de connaître précisément la charge de la tuberculose et du VIH dans la population pour planifier les services et suivre l'impact des programmes. Si possible, il faudrait également inclure des données infranationales renseignant sur les principales populations touchées.

Charge du VIH

Dans la plupart des pays, des données sur la séroprévalence pour le VIH devraient être disponibles. Des estimations représentatives à l'échelle nationale devraient être établies, qu'il faudrait ventiler et communiquer par unité de gestion

(la plus petite possible). Dans les pays à forte prévalence, on devrait indiquer la prévalence du VIH pour la population dans son ensemble, par groupes d'âge et par groupes à risque (patients des services prénatals, toxicomanes par voie intraveineuse, personnes consultant des services de conseil et de dépistage volontaire, donneurs de sang, recrues de l'armée, prisonniers, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, professionnels du sexe et autres principales populations touchées). Dans les pays où il existe des foyers épidémiques, des détails sur la prévalence du VIH devraient être donnés pour les populations à risque concernées, et pour toutes les zones administratives d'un pays où l'épidémie est généralisée (séroprévalence pour le VIH chez l'adulte > 1 %).

Charge de la tuberculose

On dispose rarement de données complètes sur la prévalence ou l'incidence véritable de la tuberculose dans une population donnée. Toutefois, la plupart des programmes nationaux de lutte antituberculeuse collecteront des informations détaillées sur tous les cas de tuberculose signalés qui sont enregistrés comme des cas de tuberculose. L'OMS estime également l'incidence de la tuberculose par pays, qui permet d'analyser le pourcentage de cas de tuberculose existants qui sont effectivement détectés et signalés (taux de détection). Plusieurs pays ont achevé ou envisagent d'effectuer des enquêtes sur la prévalence. Bien que ces enquêtes nécessitent des moyens et du temps, elles apportent des données très importantes sur la population et peuvent englober des données sur la prévalence du VIH. L'OMS a présenté des orientations pour la réalisation de ces enquêtes (1). Les taux de détection pour chaque pays sont publiés dans le Rapport annuel de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Dans nombre de pays, à cause de la difficulté à évaluer les données de prévalence et d'incidence en l'absence d'enquêtes nationales, on associe des intervalles de confiance importants aux estimations pour la tuberculose. Il faudrait communiquer les données nationales sur la charge de la tuberculose multirésistante, ainsi que les études spéciales de cette épidémie touchant les patients VIH-positifs.

Traitement antirétroviral et soins

Quel que soit le pays, un traitement antirétroviral (TARV) devrait être disponible pour tous ceux dont le test de dépistage du VIH s'est révélé positif et qui remplissent les critères nationaux de sélection. L'OMS recommande un TARV précoce, c'est-à-dire pour une numération des CD4 inférieure à 500 cellules par millimètre cube chez les adultes et les adolescents, car cela réduit le risque de tuberculose incidente pour les personnes vivant avec le VIH. Le TARV est également recommandé chez tous les patients VIH-positifs, quelle que soit la numération des CD4 (2).

En règle générale, les services de diagnostic et de traitement de la tuberculose, et de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, sont plus décentralisés que les services fournissant des antirétroviraux. Néanmoins, cette situation est en train de changer à mesure que les services TARV sont développés, intégrés et décentralisés. Dans une analyse de pays, il importe de bien déterminer dans quelle mesure la prestation de services TARV est alignée sur la prestation de services antituberculeux, et dans quelle mesure les services TARV sont décentralisés dans le pays. La cartographie des chevauchements entre les services TARV et les services de prise en charge de la tuberculose (ou leur absence) constitue un précieux outil d'analyse et de planification.

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

Le suivi systématique du programme national de lutte antituberculeuse devrait fournir des données sur la prise en charge des cas de tuberculose à l'échelle du pays, notamment le nombre de cas présumés de tuberculose examinés, le nombre de patients chez lesquels la tuberculose a été diagnostiquée (nouveau cas ou rechute, à frottis positif, à frottis négatif et extrapulmonaire), ainsi que des détails sur la prise en charge de ces cas, comme les taux de notification des cas et les issues thérapeutiques (fin du traitement, guérison, interruption du traitement, décès, transfert, échec thérapeutique). Ce suivi devrait aussi spécifier les services disponibles pour la prise en charge programmatique de la tuberculose multirésistante, qu'un programme de dépistage et de traitement soit ou non disponible, ainsi que la couverture et le taux de succès des interventions.

Évaluation des mécanismes de collaboration tuberculose/VIH

Les mécanismes essentiels pour garantir une collaboration en ce qui concerne les activités de lutte antituberculeuse et anti-*VIH* à tous les niveaux sont détaillés de façon claire dans les trois sections (A, B et C) de la Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le *VIH* (3). Les points récapitulés dans les paragraphes ci-après contribueront à évaluer ces mécanismes afin d'analyser la situation des pays.

A. Établir et renforcer les mécanismes de prestation des services intégrés pour la tuberculose et le VIH

A.1 Créer et renforcer un organisme de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant à tous les niveaux

S'assurer que :

1. les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose, ou leurs équivalents, ont créé et renforcé un organisme national commun de coordination, opérant au niveau infranational, du district, local et des établissements, assurant une représentation égalitaire ou raisonnable des deux programmes, y compris des personnes à risque ou touchées par ces deux maladies et des représentants des ministères compétents (par exemple les responsables des programmes de réduction des effets nocifs, ou les responsables des services de santé en milieu pénitentiaire ou dans le secteur minier).
2. outre la mobilisation des ressources financières, ces organismes de coordination sont chargés de la gouvernance, de la planification, de la coordination et de la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH.

A.2 Déterminer la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux et la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Les recommandations de l'OMS relatives à cette composante sont énoncées ci-dessous ; les équipes d'examen peuvent rendre compte des avancées du pays dans l'application de ces recommandations.

1. La surveillance du VIH chez les patients tuberculeux, et de la tuberculose évolutive chez les personnes vivant avec le VIH, devrait être effectuée dans tous les pays, quels que soient les taux de prévalence nationaux chez les adultes, afin d'appuyer la planification et la mise en œuvre des programmes.
2. Les pays où les taux de prévalence du VIH chez les patients tuberculeux ne sont pas connus devraient mener une enquête de séroprévalence (périodique ou sentinelle) afin d'évaluer la situation.
3. Dans les pays où une épidémie est généralisée, les services de dépistage du VIH et de conseil pour tous les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux devraient constituer la base de la surveillance. En l'absence de ce dispositif, des enquêtes périodiques ou sentinelles constituent une solution satisfaisante.
4. Dans les pays où une épidémie est concentrée et où les populations à risque élevé d'infection à VIH sont localisées dans certaines zones administratives, les services de dépistage du VIH et de conseil pour tous les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux dans ces zones administratives devraient constituer la base de la surveillance. En l'absence de ce dispositif, des enquêtes périodiques (spéciales) ou sentinelles, tous les 2 ou 3 ans, constituent une solution satisfaisante.
5. Dans les pays où une épidémie est peu active, des enquêtes périodiques (spéciales) ou sentinelles sont recommandées tous les 2 ou 3 ans².
6. Le dépistage du VIH devrait faire partie intégrante des enquêtes de prévalence et de la surveillance de la résistance aux antituberculeux.

Système de suivi de l'incidence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH : parallèlement au dépistage du VIH dans les enquêtes sur la prévalence de la tuberculose, les programmes nationaux peuvent aussi recourir à des registres des soins et du traitement du VIH qui consignent les avancées du traitement antituberculeux. La documentation et l'analyse systématiques de ces informations agrégées en données trimestrielles de cohorte permettront de déterminer la proportion de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH qui ont commencé un traitement antituberculeux. Ces données peuvent être utilisées pour mesurer indirectement l'incidence de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.

2 Classification selon les définitions contenues dans les *Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH (4)*.

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

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

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

A.3 Planifier conjointement les activités tuberculose/VIH, afin d'intégrer la prestation des services de prise en charge

S'assurer que le plan commun contient les éléments suivants :

1. Définition claire des rôles et des responsabilités des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose dans la mise en œuvre, le déploiement à grande échelle, le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH à tous les niveaux du système de santé.
2. Description claire des modèles de prestation de services tuberculose/VIH intégrés, centrés sur le patient et la famille, au niveau des établissements et de la communauté, et adaptés au contexte national et local.
3. Mobilisation commune des ressources et déploiement adéquat de ressources humaines qualifiées pour mettre en œuvre et déployer à grande échelle les activités conjointes tuberculose/VIH en fonction de la situation propre au pays.
4. Plan commun de formation aux activités conjointes tuberculose/VIH, préalable à l'emploi et en cours d'emploi, et formation continue, en fonction des compétences, pour toutes les catégories d'agents de santé. Il faudrait élaborer des descriptifs de poste des agents de santé ou adapter ces descriptifs pour y inclure les activités conjointes tuberculose/VIH.
5. Stratégie assurant des capacités suffisantes pour la prestation de soins de santé, notamment des laboratoires, des approvisionnements en médicaments, une capacité d'orientation, la participation du secteur privé et le ciblage des principales populations concernées, telles que les femmes, les enfants, les toxicomanes et les personnes incarcérées.
6. Stratégies destinées à accroître la participation des organisations non gouvernementales, d'autres organisations de la société civile et des personnes touchées par ces deux maladies ou à risque (5).
7. Activités de sensibilisation au problème de la tuberculose/du VIH qui font l'objet d'un plan commun, afin de veiller à ce que leurs messages soient cohérents et ciblent les parties prenantes et décideurs de premier plan.
8. Stratégies concertées de communication visant à la prise en compte systématique des composantes relatives au VIH dans la communication sur la tuberculose et des composantes relatives à la tuberculose dans la communication sur le VIH.
9. Plan commun de recherche opérationnelle sur des questions propres au pays, en vue de développer les bases factuelles permettant la mise en œuvre efficiente et efficace des activités conjointes tuberculose/VIH.

A.4 Suivre et évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH

Vérifier que les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose ont bien mis en place des indicateurs harmonisés ainsi que des modèles de notification et d'enregistrement standard pour la collecte des données servant au suivi et à l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, et que les bases factuelles ainsi rassemblées sont utilisées dans les processus nationaux de planification annuelle et à moyen terme.

Politiques nationales complètes de lutte antituberculeuse et anti-VIH : globalement, ces politiques devraient refléter les orientations internationales sur les activités conjointes tuberculose/VIH. Des politiques claires pour accompagner la mise en œuvre des activités conjointes recommandées sont nécessaires. Le Tableau A2.2 présente une liste de contrôle destinée à évaluer l'adoption de ces politiques par les pays, ce qui peut faciliter la poursuite des recherches.

Tableau A2.2 Cartographie de la politique nationale relative à la tuberculose/au VIH

Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées par l'OMS		La politique concernée a-t-elle été adoptée ? (oui/non)
A	Mettre en place et renforcer les mécanismes permettant la prestation de services intégrés tuberculose et VIH	
1	Organe de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant au niveau national et infranational	
2	Taux national de prévalence du VIH chez les patients tuberculeux : connu/non connu	
3	Taux national de prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH : connu/non connu	
4	Planification conjointe des activités tuberculose/VIH pour intégration de la prestation des services de prise en charge	
5	Système national intégré de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH sur lequel s'appuient les cycles de planification annuelle du PNLs et du PNLt et leurs plans à moyen terme (3 à 5 ans)	
B	Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et commencer rapidement le traitement antirétroviral (les « trois I » de la lutte contre la tuberculose/le VIH)	
1	Intensification du dépistage des cas de tuberculose au niveau de tous les établissements de soins et de traitement du VIH	
2	Intensification du dépistage des cas de tuberculose au niveau de tous les autres établissements de prise en charge du VIH	
3	Traitement de qualité de la tuberculose chez les patients tuberculeux infectés par le VIH	
4	TARV précoce pour les personnes vivant avec le VIH, aux fins de la prévention de la tuberculose (CD4 < 500/mm ³)	
5	Prévention de la tuberculose au moyen d'une prophylaxie à l'isoniazide ou d'un autre traitement puissant	
6	Prévention de la tuberculose au moyen d'un TARV précoce pour tous les patients VIH-positifs	
7	Lutte contre l'infection tuberculeuse dans les établissements de soins	
8	Lutte contre l'infection tuberculeuse dans les lieux collectifs	
C	Réduire la charge du VIH parmi les patients présumés et diagnostiqués tuberculeux	
1	Services de dépistage du VIH et de conseil pour les patients chez lesquels une tuberculose ou une tuberculose multirésistante est diagnostiquée	
2	Services de dépistage du VIH et de conseil pour les patients présumés tuberculeux	
3	Interventions de prévention du VIH pour les patients chez lesquels une tuberculose est présumée ou diagnostiquée via les établissements de prise en charge de la tuberculose	
4	Prophylaxie au cotrimoxazole pour les patients vivant avec le VIH	
5	TARV pour les patients tuberculeux vivant avec le VIH, quelle que soit la numération des CD4	
D	Autres politiques essentielles	
1	Mise à disposition de tests moléculaires rapides, tels que Xpert MTB/RIF, pour le diagnostic de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante parmi les patients VIH-positifs présumés tuberculeux	
2	Mise à disposition d'un dépistage du VIH et d'un TARV via les établissements de prise en charge de la tuberculose	
3	Mise à disposition de services de prévention et de traitement de la tuberculose via les établissements de prise en charge du VIH	
4	Mise à disposition de la rifabutine à la place de la rifampicine pour les patients tuberculeux VIH-positifs qui reçoivent un TARV à base d'inhibiteurs de la protéase	
5	Intensification du dépistage des cas de tuberculose dans les établissements de santé pour la mère et l'enfant	
6	Participation d'ONG et d'organisations communautaires à la mise en œuvre des activités tuberculose/VIH	

A.5 Déterminer la couverture géographique des activités conjointes tuberculose/VIH

Il importe de bien comprendre dans quelle proportion une population donnée a effectivement accès aux services dont elle a besoin, par exemple la proportion de toutes les personnes vivant avec le VIH ayant accès à une prophylaxie au cotrimoxazole. La couverture peut être définie comme le pourcentage de la population ayant besoin d'un service particulier qui a véritablement accès à ce service. L'accès peut dépendre de nombreux facteurs, tels que la distance du point de service le plus proche, les délais de disponibilité et le coût du service, ainsi que les critères de sélection pouvant être définis par les lignes directrices nationales ou les prestataires de services. Dans la pratique, il est souvent préférable de mesurer la couverture en termes d'utilisation du service, dans la mesure où les données sont plus faciles à obtenir, à savoir le pourcentage de la population ayant besoin d'un service qui utilise effectivement ce service. Toutefois, la couverture est souvent difficile à mesurer précisément, compte tenu des difficultés à établir les données du dénominateur. Un indicateur simple de la couverture est la disponibilité d'un service donné, à savoir la proportion de districts dans lesquels ce service est disponible. Cet indicateur ne permet pas de déterminer si le service est effectivement utilisé, s'il est accessible à tous ou s'il est de qualité, mais il est économique et facile à calculer. Les activités présentées dans les paragraphes suivants sont définies plus avant dans la *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (3)* et synthétisées au tableau A2.2.

B. Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

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

- intensification du dépistage des cas de tuberculose dans le cadre d'un dépistage du VIH et de conseils proposés par un prestataire dans un centre de soins ou d'un dépistage effectué sur un site de conseil et de dépistage volontaire ;
- intensification du dépistage de la tuberculose chez toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque contact avec les services de santé pour une consultation de contrôle ou pour un traitement ;
- lorsque la prestation des services n'est pas intégrée, mécanisme officiel d'orientation entre les services de diagnostic et de prise en charge du VIH et les services de diagnostic et de traitement de la tuberculose pour toutes les personnes vivant avec le VIH qui présentent des symptômes de la tuberculose ;
- traitement préventif de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH, après exclusion d'une tuberculose évolutive ;
- mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse pour toutes les personnes vivant avec le VIH dans les structures de soins et les lieux collectifs (par exemple les hôpitaux, centres de soins, prisons, casernes) ;
- intensification du dépistage de la tuberculose chez les femmes enceintes qui fréquentent des centres de soins prénatals et chez les enfants ;
- intensification du dépistage de la tuberculose dans d'autres lieux collectifs, tels que les prisons accueillant des populations vulnérables (par exemple centres de traitement de substitution des opioïdes).

C. Réduire la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux

Nombre total de districts (ou équivalent) dans le pays qui mettent pleinement en œuvre les activités suivantes :

- services de dépistage du VIH et de conseil systématiques pour tous les patients chez lesquels une tuberculose est présumée ou évolutive ;
- sensibilisation au VIH et prévention (distribution de préservatifs, circoncision, éducation pour un changement de comportement) pour les patients tuberculeux ;
- prophylaxie au cotrimoxazole pour les patients VIH-positifs sous traitement antituberculeux ;
- TARV précoce pour tous les patients tuberculeux VIH-positifs ;
- mécanisme d'orientation-recours, s'il n'est pas disponible sur place, pour permettre aux patients tuberculeux VIH-positifs de bénéficier d'une prise en charge du VIH et d'un accompagnement

Prestation de services

Disponibilité de services VIH dans les établissements de prise en charge de la tuberculose

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

- services de dépistage du VIH et de conseil disponibles dans les centres accueillant des patients tuberculeux ou sur le même site ;
- au moins un service de dépistage du VIH et de conseil disponible dans les zones desservies par l'unité de gestion de base ;
- services de dépistage du VIH et de conseil non disponibles pour les patients tuberculeux.

Disponibilité de services antituberculeux au niveau des établissements de prise en charge du VIH

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

- intensification du dépistage des cas de tuberculose (chez tous les patients et chez les personnes VIH-positives) ;
- accès au diagnostic de la tuberculose recourant à des tests par mise en culture ou à des tests moléculaires rapides comme le test Xpert MTB/RIF ;
- délivrance d'un traitement antituberculeux ;
- dépistage des infections sexuellement transmissibles (chez tous les patients ou uniquement chez ceux dont la séropositivité pour le VIH est connue) ;
- traitement des infections sexuellement transmissibles ;
- services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH pour les femmes enceintes VIH-positives ;
- prise en charge du VIH avec enregistrement de toutes les personnes VIH-positives sur les registres ad hoc (pré-TARV) ;
- traitement antirétroviral ;
- groupes d'accompagnement pour les personnes vivant avec le VIH.

Ensemble complet d'activités conjointes tuberculose/VIH

Proportion de districts offrant un ensemble complet d'activités conjointes tuberculose/VIH comme indiqué en détail dans la *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH (3)* et tel que défini dans la politique nationale de lutte antituberculeuse/anti-VIH, sur le nombre total de districts (ou équivalent). (Voir dans la référence citée le tableau « Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées »).

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

Répertorier les prestataires, parties prenantes et partenaires assurant la prestation de services tuberculose/VIH dans chaque district, en évaluant en particulier les services proposés, la population cible ou la zone desservie, le nombre de patients consultant chaque service, le profil de ces derniers (âge, sexe, catégorie de risque) et leur statut sérologique par rapport au VIH s'il est documenté³. Cela permettra de mieux connaître les activités menées par les partenaires et de savoir où elles sont mises en œuvre, ainsi que de recenser les lacunes et les populations mal desservies. Les partenaires possibles sont notamment les suivants :

- autres ministères – agriculture, emploi, éducation, industrie, finances, développement social, transports, défense, justice et environnement ;
- organisations du secteur privé ;
- organisations professionnelles ;
- organismes de la société civile – groupes de défense des droits de l'homme, groupes de patients ;

3 Des conseils pour étudier les activités menées par les parties prenantes sont donnés à la section 4.1.3 des *Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities*.

- organisations confessionnelles ;
- organismes chargés de la mise en œuvre ;
- ONG et organisations communautaires ;
- institutions publiques, notamment universitaires ;
- organismes techniques et bailleurs de fonds ;

Financement des activités de lutte contre la tuberculose/le VIH

Ensemble des fonds disponibles ou alloués pour les activités conjointes tuberculose/VIH, toutes sources confondues (par exemple État, prêts, subventions, Fonds mondial) au cours du dernier exercice budgétaire. Évaluer l'ensemble des crédits inscrits au budget alloué à ces activités dans le(s) plan(s) annuel(s) pour ce même exercice, soit dans le plan de travail annuel tuberculose/VIH soit dans les plans de travail annuels pour la tuberculose et le VIH. Déterminer si l'outil de budgétisation et de planification de l'OMS⁴ a été utilisé dans le cadre du programme national de lutte antituberculeuse pour établir le dernier plan quinquennal en date, et se procurer un exemplaire de ce plan aux fins de l'analyse de la situation.

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

Références : Annexe 2

1. Tuberculosis prevalence surveys: a handbook. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (WHO/HTM/TB/2010.17; http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/resources_documents/thelimebook/en/).
2. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/>).
3. Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/).
4. Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000 (WHO_CDS_EDC_2000_5.fr.pdf ; UNAIDS/00.03F).
5. Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile : manuel de mise en œuvre. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (WHO/HTM/TB/2013.10).
6. Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319 ; WHO/HIV/2003.01).

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



**Organisation
mondiale de la Santé**

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Organisation mondiale de la Santé
20, avenue Appia – CH-1211 Genève 27 Suisse
Programme mondial de lutte contre la tuberculose (GTB)
Courriel : tbdocs@who.int
Site Internet : www.who.int/tb

Département VIH/SIDA
Courriel : hiv-aids@who.int
Site Internet : www.who.int/hiv

