

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



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

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.

Contenu : Annexes à poster sur le Web et à distribuer sur CD-ROM avec le guide

1.Infection à VIH. 2.Syndrome d'immunodéficience acquise - prévention et contrôle. 3.Infections opportunistes liées SIDA - prévention et contrôle. 4.Tuberculose pulmonaire. 5.Programme national santé. 6.Politique sanitaire. 7.Ligne directrice. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250300 5 (classification NLM: WC 503.5)

© **Organisation mondiale de la Santé 2012**

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 lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

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

Mise en page : Creative Lynx, Genève, Suisse

WHO/HTM/TB/2012.1

WHO/HIV/2012.1

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

Résumé des déclarations d'intérêts

Tous les membres du groupe de mise à jour de la politique ont été priés de remplir le *formulaire de déclaration d'intérêt* préparé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à l'intention des consultants de l'OMS. Cinq membres du groupe ont déclaré un conflit d'intérêt. Constance Benson a indiqué remplir des fonctions de consultante et de conseil scientifique et technique pour la mise au point de nouveaux traitements antirétroviraux auprès de Merck, GlaxoSmithKline et ViiV et toucher moins de US\$ 5 000 de chacune de ces sociétés. Pedro Cahn a déclaré avoir reçu US\$ 3 000 pour assurer un appui à la recherche et des conseils auprès de Abbott. Il a déclaré avoir reçu également US\$ 2 000 de Bristol-Myers Squibb et US\$ 2 000 de Tibotec pour avoir dispensé des conseils aux intervenants. Il a déclaré également avoir apporté des services de conseil scientifique pour le compte de Merck, Pfizer, GlaxoSmithKline et Avexa pour un montant de US\$ 2 000 chacun. Mark Harrington a déclaré avoir apporté son témoignage, en 2008 et 2009, à l'Institut de médecine des universités nationales des États-Unis, dans des débats d'experts sur la tuberculose multirésistante. Charles Holmes a déclaré avoir été employé par Gilead jusqu'en janvier 2008 dans le service de recherche clinique pour participer aux études de la phase I sur des traitements antirétroviraux expérimentaux. Il a déclaré n'avoir aucun intérêt, financier ou d'une autre nature, chez Gilead. Salim S. Abdool Karim a déclaré avoir reçu US\$ 2 500 de Merck pour sa participation à une réunion d'experts consultants sur les microbicides en mars 2011.

Avant de délibérer sur le document de politique, le comité directeur de l'OMS et le groupe de mise à jour de la politique ont discuté des conflits d'intérêts déclarés et ont décidé que ces conflits ne justifiaient pas l'exclusion des membres concernés des séances de travail. Des déclarations d'intérêt ont été transmises par tous les scientifiques indépendants extérieurs à l'OMS. Quatre personnes ont déclaré de possibles conflits d'intérêts. Helen Ayles a déclaré avoir reçu une subvention de € 100 000 pour une recherche en cours au profit de son unité de recherche chez Delft Diagnostic Systems portant sur la mise au point d'un outil diagnostique assisté par ordinateur permettant de lire les radiographies pulmonaires numériques. Elle a déclaré avoir reçu par ailleurs un appareil de radiographie pulmonaire numérique d'une valeur de US\$ 250 000. François Boillot a déclaré être le propriétaire, le directeur et l'employé d'un cabinet de conseils dans le domaine de la santé internationale et notamment sur ce qui touche aux co-infections tuberculose/VIH. Susan Swindells a déclaré avoir assuré des services de conseil (comité consultatif) auprès de Pfizer en 2008 (US\$ 1 800) et 2009 (US\$ 1 750), auprès de Merck en 2009 (US\$ 3 500), auprès de Tibotec en 2009 (US\$ 1 500) et auprès d'Abbott Molecular en 2010 (US\$ 1 000). Elle a déclaré également avoir reçu auparavant pour son institut une aide à la recherche de Bristol Myers Squibb qui a pris fin en 2010 (US\$ 14 929), une aide de Pfizer qui a pris fin en 2011 (US\$ 28 125) et une aide de GlaxoSmithKline pour une recherche en cours qui s'élève à US\$ 104 034 et à US\$ 60 676. Jay K. Varma a déclaré avoir reçu en 2010 une aide en nature (fournitures et matériel) évaluée à environ US\$ 10 000 de la part de Cellectis en faveur de l'unité de recherche du gouvernement chinois et de collaborateurs en Mongolie intérieure, pour étudier la prévalence de la tuberculose parmi les agents de santé, en collaboration avec les CDC des États-Unis d'Amérique. Le comité directeur de l'OMS a discuté de ces déclarations et a conclu qu'elles ne pouvaient justifier l'exclusion de ces pairs. Toutes les déclarations de conflit d'intérêts sont conservées sous format électronique au Département Halte à la tuberculose de l'OMS.

Remerciements

L'élaboration de ce guide a bénéficié d'une aide financière allouée sur le budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) et du PEPFAR (Emergency Plan for AIDS relief du Président des États-Unis d'Amérique) par l'intermédiaire des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique et de l'Agency for International Development des États-Unis d'Amérique (USAID). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a apporté une aide partielle pour les analyses systématiques qui ont porté sur l'intégration des services tuberculose et VIH.

Le présent document intitulé **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** a été préparé à partir du document publié en 2004 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sous le titre « Politique actuelle de la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH » et rédigé par Haileyesus Getahun, Jeroen van Gorkom, Anthony Harries, Mark Harrington, Paul Nunn, Jos Perriens, Alasdair Reid et Marco Vitoria au nom du comité de rédaction du Groupe de travail mondial du Partenariat Halte à la tuberculose, chargé de la coinfection tuberculose/VIH. Cette version actualisée de la politique a été rédigée par Delphine Sculier et Haileyesus Getahun (Département Halte à la tuberculose, OMS) en collaboration avec le groupe d'orientation de l'OMS.

Comité directeur de l'OMS

Rachel Baggaley (Département VIH/sida), Haileyesus Getahun (Département Halte à la tuberculose), Reuben Granich (Département VIH/sida), Christian Gunneberg (Département Halte à la tuberculose), Craig McClure (Département VIH/sida), Eyerusalem Negussie (Département VIH/sida), Delphine Sculier (Département Halte à la tuberculose), Marco Vitoria (Département VIH/sida).

Consultants de l'OMS pour les analyses systématiques et les examens GRADE

Martina Penazzato (Italie), Amitabh Suthar (États-Unis d'Amérique), Helena Legido-Quigley (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord).

Groupe de mise à jour de la politique

Yibeltal Assefa (Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office, Éthiopie), Abdool Karim S. Abdool Salim (Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa, Afrique du Sud), Rifat Atun (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), Suisse), Constance Benson (University of California, San Diego, États-Unis d'Amérique), Amy Bloom (Agency for international development des États-Unis d'Amérique (USAID)), Pedro Cahn (Fundación Huésped, Argentine), Rolando Cedillos (Proyecto Regional VIH SIDA para Centroamérica, El Salvador), Richard E. Chaisson (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for TB Research, États-Unis d'Amérique), Jeremiah Chakaya (Kenya Medical Research Institute (KEMRI), Kenya), Lucy Chesire (Advocacy to Control TB Internationally, Kenya), Mean Chhi Vun (Centre national VIH/sida, dermatologie et MST (NCHADS), Cambodge), Gavin Churchyard (Aurum Institute for Health Research, Afrique du Sud), William Coggin (Office of Global AIDS Coordinator (OGAC), États-Unis d'Amérique), Riitta Dlodlo (Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTRM), Zimbabwe), Ade Fakoya, (Le Fonds mondial, Suisse), Peter Godfrey-Fausset (London School of Hygiene & Tropical Medicine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Anthony Harries (UICTRM, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Mark Harrington (Treatment Action Group, États-Unis d'Amérique), Diane Havlir (University of California, San Francisco, États-Unis d'Amérique), Charles Holmes (OGAC, États-Unis d'Amérique), Nina Kerimi (Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD), Kazakhstan), Robert Makombe (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, Botswana), Bess Miller (Global AIDS Program, États-Unis d'Amérique), Ya-Diul Mukadi (USAID, États-Unis d'Amérique), Jintanta Ngamvithayapong-Yanai (Research Institute of Tuberculosis, Japon), Alasdair Reid (Programme commun des Nations Unies contre le VIH/sida, Suisse), BB Rewari (National AIDS Control Organization, Inde), Ashurova Rukshona (National Center for Prevention and Control of AIDS, Tadjikistan), Holger Schünemann (McMaster University Health Sciences Centre, Canada), Lakhbir Singh Chauhan (Central TB Division, Ministry of Health and Family Welfare, Inde), Joseph Sitienei (Division of Leprosy, TB and Lung Diseases, Kenya), Alena Skrahina (Republic Scientific and Practical Center of Pulmonology and Tuberculosis, Bélarus), John Stover (Future Institutes, États-Unis d'Amérique), Jeroen van Gorkom (KNVC Tuberculosis Foundation, Pays-Bas).

Comité de révision par scientifiques indépendants

Helen Ayles (Projet ZAMBART, Zambie), François-Xavier Blanc (Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, France), François Boillot (Alter-Santé Internationale et Développement, France), John T. Brooks (CDC, États-Unis d'Amérique), Kevin Cain (KEMRI/CDC, Kenya), Wafaa El-Sadr (Columbia University, New York, États-Unis d'Amérique), Eric Goemare (Médecins Sans Frontières (MSF), Afrique du Sud), Yared Kebede Haile (KNVC Tuberculosis Foundation, Pays-Bas), Steve D. Lawn (University of Cape Town, Afrique du Sud), Gary Maartens (University of Cape Town, Afrique du Sud), Barbara J. Marston (CDC, États-Unis d'Amérique), Elizabeth Marum (CDC, Zambie), Max Meis (KNVC Tuberculosis Foundation, Pays-Bas), Sue Perez (consultante indépendante, États-Unis d'Amérique), Eric S. Pevzner (CDC, États-Unis d'Amérique), Yogan Pillay (Strategic Health Programme, Department of Health, Afrique du Sud), Peter Saranchuk (MSF, Afrique du Sud), Kenly Sikwese (Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida, Zambie), Susan Swindells (University of Nebraska Medical Center, États-Unis d'Amérique), Javid Syed (Treatment Action Group, États-Unis d'Amérique), Nonna Turusbekova (KNVC Tuberculosis Foundation, Pays-Bas), Marieke van der Werf (KNVC Tuberculosis Foundation, Pays-Bas), Eric van Praag (Family Health International, République unie de Tanzanie), Jay K. Varma (CDC, Chine), Lynne Wilkinson (MSF, Afrique du Sud), Rony Zachariah (MSF, Belgique).

Siège et Bureaux régionaux de l'OMS

Leopold Blanc (Département Halte à la tuberculose), Puneet Dewan (Bureau régional de l'Asie du Sud-Est), Gottfried Hirschall (Département VIH/sida), Khurshid Hyder (Bureau régional de l'Asie du Sud-Est), Rafael Lopez Olarte (Bureau régional des Amériques), Frank Lule (Bureau régional de l'Afrique), Mario Raviglione (Département Halte à la tuberculose), Ying Ru-Lo (Département VIH/sida), Caoimhe Smyth (Département VIH/sida).

Editeur

Karin Ciceri

Coordination

Delphine Sculier et Haileyesus Getahun (Département Halte à la tuberculose, OMS).

Table des matières

Acronymes	7
Résumé	8
1. Contexte et processus	10
1.1 Introduction	10
1.2 Portée de la politique	10
1.3 Public cible	10
1.4 Processus de mise à jour de la politique	11
1.5 Qualité des données et force des recommandations	12
1.6 Adaptation de la politique	13
2. But et objectifs des activités conjointes tuberculose/VIH	14
3. Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées	14
A Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH	15
A.1. Créer et renforcer un organe de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant à tous les niveaux	15
A.2. Déterminer la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux et la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	16
A.3. Planifier conjointement l'intégration des services tuberculose et VIH	17
A.3.1. Modèles de prestations des services intégrés tuberculose et VIH	18
A.3.2. Mobilisation des ressources et renforcement des capacités	19
A.3.3. Implication des ONG, d'autres associations de la société civile et des communautés	19
A.3.4. Implication du secteur privé à but lucratif	20
A.3.5. Répondre aux besoins des populations les plus vulnérables : les femmes, les enfants et les consommateurs de drogues	20
A.3.6. Plaidoyer et communication	20
A.3.7. Recherche opérationnelle pour déployer à plus grande échelle les activités conjointes tuberculose/VIH	21
A.4. Suivre et évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH	21
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)	22
B.1. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose et assurer un traitement antituberculeux de haute qualité	22
B.2. Prévenir la tuberculose par l'Isoniazide et le commencement rapide du traitement antirétroviral	23
B.3. Lutter contre la transmission de l'Infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs	25
C Réduire la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux	26
C.1. Assurer le dépistage du VIH et des services de conseil aux patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux	26
C.2. Mettre en place les méthodes de prévention du VIH auprès des patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux	27
C.3. Dispenser le traitement préventif au cotrimoxazole aux patients tuberculeux vivant avec le VIH	28
C.4. Mettre en place les prophylaxies et dispenser traitement et soins aux patients tuberculeux vivant avec le VIH	28
C.5. Dispenser le traitement antirétroviral aux patients tuberculeux vivant avec le VIH	29
4. Cibles nationales pour déployer à plus grande échelle les activités conjointes tuberculose/VIH	30
5. Références bibliographiques	31

Acronymes

ARV	Antirétroviral
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin)
DOT	Traitement sous surveillance directe
DOTS	Traitement de base sur lequel s'appuie la Stratégie Halte à la tuberculose (traitement de brève durée sous surveillance directe)
GRADE	Méthode permettant de déterminer le niveau d'appréciation, d'élaboration et d'évaluation des recommandations
MCH	Santé de la mère et de l'enfant
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PICO	Population, Intervention, Comparaison, résultats (Outcome en anglo-saxon)
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TARV	Traitement antirétroviral
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

En réponse à la demande des pays de pouvoir disposer rapidement d'un guide sur les actions à mener pour réduire la double charge de morbidité due à la tuberculose et au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2004 un document présentant la « politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH ». L'expression « politique actuelle » a été utilisée faute d'évidence factuelle complète à ce moment-là. Depuis, des données probantes complémentaires ont été obtenues à l'issue d'essais contrôlés randomisés, d'études d'observations et de recherche opérationnelle, et à partir des meilleures pratiques résultant de la mise en œuvre par les programmes des activités conjointes tuberculose/VIH recommandées dans la politique. En outre, les Départements Halte à la tuberculose et VIH/sida de l'OMS ont élaboré un certain nombre de principes directeurs et de recommandations politiques. Les recommandations énoncées dans la présente version de la politique sont par conséquent une consolidation des données scientifiques les plus récentes et des recommandations de l'OMS sur la prise en charge des cas de tuberculose associée au VIH. Ce guide s'adresse aux directeurs de programmes, aux responsables de la mise en œuvre et autres partenaires.

Le processus de mise à jour de la politique a été supervisé par un comité directeur de l'OMS, sous les conseils du groupe de mise à jour de la politique suivant les recommandations de l'OMS relatives à l'élaboration de principes directeurs. Le groupe de mise à jour de la politique était composé de responsables de l'élaboration des politiques, de directeurs de programmes, de spécialistes de la tuberculose et du VIH, d'organismes bailleurs de fonds, d'organisations de la société civile, notamment d'associations de personnes vivant avec le VIH et d'un spécialiste de la méthode GRADE (méthode permettant de déterminer le niveau d'appréciation, d'élaboration et d'évaluation des recommandations). Le comité directeur de l'OMS a préparé une première ébauche, l'a diffusée au groupe de mise à jour de la politique qui en a discuté par courriels et lors d'une conférence téléphonique. Une version affinée a été examinée par les membres du groupe de mise à jour puis transmise pour révision à un large éventail de scientifiques avant rédaction de la version définitive.

Ce guide relatif à la politique de l'OMS concernant les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH est une compilation des recommandations existantes de l'OMS sur la tuberculose associée au VIH. Il suit le même cadre d'action que le document intérimaire de 2004 qui regroupe les activités sous trois objectifs distincts : mise en place et renforcement des mécanismes pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH ; réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et commencement rapide du traitement antirétroviral ; et enfin réduction de la charge due au VIH chez les personnes présumées tuberculeuses (c'est-à-dire celles présentant des signes et des symptômes de tuberculose ou ayant fait l'objet d'un diagnostic présomptif de tuberculose) et celles diagnostiquées tuberculeuses. Toutefois, à l'inverse du document de 2004, la version mise à jour de la politique met l'accent sur la nécessité de mettre en place des mécanismes permettant de dispenser des services intégrés tuberculose et VIH, de préférence au même moment et au même endroit. Les personnes chargées de l'intégration de ces services doivent examiner l'épidémiologie du VIH et celle de la tuberculose, les facteurs dans les systèmes de santé spécifiques à chaque pays, la gestion des programmes de lutte contre le VIH et des programmes de lutte antituberculeuse et les modèles de prestation des services fondés sur une base factuelle. De plus, les mécanismes permettant de dispenser les services intégrés doivent être mis en place dans le cadre d'autres programmes de santé tels que la santé de la mère et de l'enfant, les programmes de réduction de risques pour les consommateurs de drogues et les services de santé dans les prisons. Le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH doivent être entrepris dans le cadre d'un système national unique sur la base d'indicateurs et de formats de notification et d'enregistrement standards. Les enquêtes de prévalence de la tuberculose doivent comprendre les tests de dépistage du VIH, et les systèmes de surveillance du VIH doivent comprendre le dépistage systématique des cas de tuberculose. La version mise à jour de la politique recommande que les activités conjointes tuberculose/VIH soient assorties de cibles nationales et locales déterminées à l'issue d'un processus participatif (par exemple par l'intermédiaire de l'organe national de coordination des activités tuberculose et VIH et par des consultations nationales), cela pour en faciliter la mise en œuvre et mobiliser les volontés politiques. Pour déployer les activités à l'échelle nationale, il convient de concevoir des plans stratégiques nationaux à long et à court terme adaptés au système de santé de chaque pays. Les programmes nationaux de lutte contre le VIH et de lutte antituberculeuse doivent instaurer des liens et des partenariats avec d'autres ministères et des associations de la société civile – notamment des organisations non gouvernementales et des associations locales – pour élaborer les programmes, les mettre en œuvre et assurer le suivi des activités conjointes tuberculose/VIH.

Les interventions visant à réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH consistent à administrer le plus tôt possible un traitement antirétroviral aux personnes vivant avec le VIH, en conformité avec les principes directeurs de l'OMS et avec les « *trois I de la lutte contre le VIH et la tuberculose* » : Intensification du dépistage de la tuberculose suivie d'un traitement antituberculeux de qualité, thérapie préventive à l'isoniazide et enfin lutte contre la transmission de l'Infection tuberculeuse. La présente politique recommande l'utilisation d'un algorithme clinique simplifié pour le dépistage de la tuberculose, qui repose sur l'absence ou la présence de quatre symptômes cliniques (toux, perte de poids, fièvre et sueurs nocturnes) en vue d'identifier les personnes éligibles pour une thérapie préventive à l'isoniazide ou pour établir un diagnostic de tuberculose. Il est nécessaire d'orienter la gestion, à l'échelon national et au niveau infranational, pour appliquer les mesures administratives, environnementales et de protection personnelle contre l'infection tuberculeuse dans les centres de soins et les établissements collectifs. Outre un traitement antirétroviral et une prophylaxie par l'isoniazide, ces mesures doivent comprendre la surveillance du VIH et de la tuberculose parmi le personnel soignant et le changement de lieu d'affectation des agents de santé vivant avec le VIH pour les éloigner des zones où le risque de tuberculose est élevé.

À l'inverse de la politique de 2004, cette version mise à jour de la politique recommande de proposer un dépistage systématique du VIH aux patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux, ainsi qu'à leurs partenaires et aux membres de leurs familles, dans le but de réduire la charge de morbidité due au VIH. Les patients tuberculeux dont on découvre la séropositivité pour le VIH doivent bénéficier d'une prophylaxie par le cotrimoxazole. Un traitement antirétroviral doit être administré le plus tôt possible à tous les malades de la tuberculose vivant avec le VIH, à savoir dans les huit premières semaines qui suivent le début du traitement antituberculeux, et ce indépendamment du nombre de leurs CD4. Les malades de la tuberculose VIH-positifs souffrant d'une déficience immunitaire profonde (par exemple dont le taux de CD4 est inférieur à 50 cellules/mm³) doivent être mis sous traitement antirétroviral dans les plus brefs délais, à savoir dans les deux premières semaines qui suivent le début du traitement antituberculeux. Les malades de la tuberculose, leurs familles et les membres de leurs communautés doivent bénéficier de services de prévention du VIH.

Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes de lutte antituberculeuse doivent collaborer avec d'autres programmes pour garantir l'accès des femmes, des enfants, des prisonniers et des toxicomanes à des services intégrés et de qualité. Les consommateurs de drogues doivent également bénéficier de programmes de réduction de risques, notamment d'un traitement de la toxicodépendance, en hospitalisation ou lors de soins ambulatoires.

Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées par l'OMS

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 de tuberculose 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

1. Contexte et processus

1.1. Introduction

La pandémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) représente un défi majeur pour les programmes de lutte antituberculeuse dans le monde. La tuberculose est une des premières causes de décès évitables chez les personnes vivant avec le VIH. Pour atténuer le double fardeau de la tuberculose et du VIH qui pèse sur les populations vulnérables ou atteintes par ces deux maladies, le Département Halte à la tuberculose et le Département VIH/sida de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont publié conjointement en 2004 un document intitulé « *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH* » (1). Cette politique présentant des recommandations aux États Membres et autres partenaires sur comment lutter contre le fardeau de la coinfection tuberculose/VIH, a été l'une des politiques publiées par les deux départements qui a recueilli le plus large consensus. De nombreux pays ont mis cette politique en œuvre dans un délai relativement court. À la fin de l'année 2010, plus de 170 pays déclaraient en appliquer les différentes composantes.

Lors de l'élaboration de la politique en 2003–2004, la base de données disponibles à l'appui des recommandations était incomplète, aussi l'expression « politique actuelle » a-t-elle été utilisée pour marquer la notion d'intérim. Outre l'intensification de la mise en place des activités conjointes tuberculose/VIH recommandées, l'accent était mis sur la production rapide de données scientifiques pour appuyer la politique intérimaire et sa mise à jour. Depuis, des données complémentaires portant sur la tuberculose et le VIH ont été obtenues à l'issue d'essais contrôlés randomisés, d'études d'observation et de recherche opérationnelle. Par ailleurs, l'OMS a élaboré un certain nombre de principes directeurs et des recommandations pour améliorer la prise en charge des cas de tuberculose et d'infection à VIH. Le présent document est donc une mise à jour de la politique intérimaire publiée en 2004 et tient compte des données probantes les plus récentes et de l'expérience acquise dans la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH.

1.2. Portée de la politique

La présente politique a pour objet de fournir aux programmes nationaux et aux partenaires un guide sur la façon de mettre en œuvre les activités conjointes tuberculose/VIH et de les déployer à plus grande échelle. Elle est complémentaire des activités de base des programmes de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins liés à la tuberculose et au VIH, et se trouve en synergie avec ces activités. La mise en place des interventions recommandées dans la Stratégie Halte à la tuberculose est la fonction première des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ou de leurs équivalents (2). De même, la réalisation des interventions prioritaires –faire connaître le statut de séropositivité pour le VIH, prévenir la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et réaliser un diagnostic, un traitement et des soins contre le VIH – constitue la base de la riposte du secteur de la santé au VIH et est la fonction première des programmes nationaux de lutte contre le VIH ou de leurs équivalents (3). La présente politique met l'accent sur la prestation de services complets et intégrés, de qualité, destinés à prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose et le VIH et à dispenser des soins non seulement aux personnes vivant avec le VIH et/ou la tuberculose ou exposées à l'une et/ou l'autre de ces infections, mais aussi à leurs familles et aux membres de leurs communautés. Elle s'aligne également sur le programme « Traitement 2.0 », une initiative coordonnée par l'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) et l'OMS, qui vise à instaurer durablement la couverture universelle du traitement anti-VIH et à en optimiser l'action préventive au travers d'un programme en cinq points. Ce programme se veut d'obtenir une thérapie antirétrovirale simplifiée, plus efficace et rationnelle par : l'optimisation des schémas thérapeutiques, le diagnostic et le suivi sur le lieu des soins et à travers d'autres techniques simplifiées, la réduction des coûts, l'adaptation des systèmes de prestation des services et la mobilisation des communautés (4).

Même si cette politique favorise le renforcement de la collaboration entre les programmes nationaux de lutte antituberculeuse et de lutte contre le VIH ou leurs équivalents, il faut tenir compte de l'épidémiologie de la tuberculose et du VIH en définissant des mécanismes efficaces et pragmatiques permettant une gestion commune de ces programmes et la prestation de services intégrés. Elle doit également prendre en considération les données disponibles sur les problèmes du système de santé dans le pays et le contexte local. La présente politique sera revue et mise à jour dans cinq ans (en 2017), conformément à la procédure de l'OMS.

1.3. Public cible

Les recommandations de cette politique s'adressent aux décideurs dans le domaine de la santé et aux directeurs des programmes de lutte antituberculeuse et des programmes de lutte contre le VIH, qui travaillent à tous les niveaux dans le secteur de la santé, y compris dans le secteur privé à but lucratif. Elles s'adressent également aux bailleurs de fonds, aux agences de développement, aux organisations non gouvernementales et à d'autres associations de la société civile qui soutiennent ces programmes, aux personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, à risque d'infection ou affectées par le VIH et la tuberculose. Les recommandations présentées dans ce guide ont également d'importantes répercussions sur les orientations et actions stratégiques d'autres ministères qui se trouvent en contact avec des services tuberculose, VIH ou de programmes de réduction du risque, comme les ministères responsables de la santé dans les prisons, les exploitations minières ou sur

les lieux de travail, de la santé des jeunes dans les établissements d'enseignement et d'autres parties prenantes dans les programmes de santé de la mère et de l'enfant.

1.4. Processus de mise à jour de la politique

Le processus de mise à jour de la politique suit le processus recommandé par le Comité OMS d'évaluation des directives. Un comité directeur de l'OMS et un groupe de mise à jour de la politique ont été constitués pour superviser le processus et élaborer les recommandations. Ils se composent de responsables des politiques, de directeurs de programmes, de spécialistes de la tuberculose et du VIH, d'organismes bailleurs de fonds, d'organisations de la société civile, notamment d'associations de personnes vivant avec le VIH et d'un spécialiste de la méthode GRADE (méthode permettant de déterminer le niveau d'appréciation, d'élaboration et d'évaluation des recommandations). Les présentes recommandations s'appuient sur le cadre de base de la politique intérimaire qui regroupait les activités conjointes tuberculose/VIH sous trois objectifs distincts (mise en place et renforcement des mécanismes de collaboration pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH, réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et réduction de la charge du VIH chez les personnes présumées ou diagnostiquées tuberculeuses).

Les recommandations énoncées dans les documents ci-dessous et approuvées par le Comité d'évaluation des directives, ont été prises en compte dans la mise à jour de la politique :

- *Lignes directrices pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées, 2010*
- *Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant : vers un accès universel : recommandations basées sur une approche de santé publique, version révisée 2010*
- *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent, recommandations pour une approche de santé publique, mise à jour 2010*
- *Treatment of tuberculosis guidelines, fourth edition, 2009*
- *Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages, 2009*
- *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach, 2009*
- *Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, 2009 (jugé par le Comité d'évaluation comme n'ayant pas caractère de directives)*
- *Tuberculose : lignes directrices relatives à la surveillance de la pharmacorésistance, 4ème édition, 2009 (jugé par le Comité d'évaluation comme n'ayant pas caractère de directives)*
- *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte, 2010*
- *Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB, 2010*
- *Guidelines for couples HIV testing and counselling [sous presse], 2012.*

Par ailleurs, le comité directeur a identifié les quatre questions ci-dessous (trois sur l'aspect clinique et une sur les programmes) qui ne sont pas traitées dans les documents mentionnés ci-dessus. Un examen systématique approfondi des données scientifiques disponibles a donc été réalisé en vue de formuler les recommandations s'y rapportant.

1. *Quels sont les avantages d'un dépistage du VIH et de conseils pour les patients présumés tuberculeux (c'est-à-dire les patients présentant des signes et des symptômes de tuberculose ou ayant fait l'objet d'un diagnostic présomptif de tuberculose) et ceux diagnostiqués tuberculeux, ainsi que pour les partenaires et les membres des familles de ceux dont on a découvert la séropositivité pour le VIH ?*
2. *Comparé à l'absence d'un traitement préventif par le cotrimoxazole, est-ce que l'administration d'un traitement préventif systématique au cotrimoxazole permet de réduire le nombre d'épisodes de maladies opportunistes et de décès chez les malades de la tuberculose vivant avec le VIH ?*
3. *Une mise en route plus précoce d'un traitement antirétroviral dans le cas d'un taux plus élevé de CD4 (plus de 350 cellules/mm³) peut-elle être utilisée pour prévenir une tuberculose évolutive chez les personnes vivant avec le VIH ?*
4. *De quels modèles dispose-t-on pour dispenser des services intégrés tuberculose et VIH aux personnes vivant avec le VIH ?*

Un examen systématique des rapports d'études portant sur ces quatre questions a été réalisé au moyen de PubMed, MEDLINE, EMBASE et de plusieurs autres bases de données qui permettent de rechercher les études liées à chacune de ces questions à partir de différentes combinaisons de mots clés. On a procédé également à une recherche de résumés

d'exposés présentés à des conférences sur la tuberculose et les maladies respiratoires, organisées par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, et par l'International AIDS Society. Des informations ont été demandées aux chercheurs impliqués dans les essais cliniques à grande échelle sur le VIH, en particulier sur le rôle du traitement antiretroviral commencé rapidement dans la prévention de la tuberculose. Tous les titres et résumés retenus ont été examinés pour vérifier qu'ils portaient effectivement sur le sujet en question. De même, les listes de références des études retenues ont été examinées pour identifier d'autres études répondant aux critères de sélection. De plus, les experts reconnus dans le domaine ont été contactés et priés d'identifier les études non publiées qui ne sont pas apparues dans la recherche électronique initiale pour chaque question. Des détails sur l'extraction et l'évaluation de la qualité des données pour les trois questions sur les aspects cliniques sont présentés dans les annexes, accessibles en ligne. Les détails des autres recommandations peuvent être trouvés dans les différentes directives énumérées plus haut et dans le chapitre sur les références.

1.5. Qualité des données et force des recommandations

La qualité des données et la force de chaque recommandation ont été évaluées par la méthode GRADE pour les trois questions portant sur les aspects cliniques (1 à 3 ci-dessus). Dans la méthode GRADE d'évaluation, la qualité d'un ensemble de données scientifiques est définie comme étant la mesure dans laquelle on peut être certain que les estimations annoncées de l'effet (souhaitable ou indésirable) dérivées de ces données sont proches des effets réels recherchés. L'utilité d'une estimation de l'effet (de l'intervention) dépend du degré de confiance dans cette estimation. Plus le niveau de qualité des données est élevé, plus on aura de chance de produire une recommandation forte. Toutefois, la décision relative à la qualité des données dépend également d'autres facteurs. Bien que la méthode GRADE d'évaluation de ces informations ait été appliquée pour les questions sur les aspects cliniques, il n'a pas toujours été possible de compléter les profils GRADE pour toutes les questions, faute de données et d'informations suffisantes pour déterminer les risques relatifs nécessaires.

Dans les profils GRADE, les niveaux ci-dessous d'évaluation des données ont été utilisés :

Niveau de qualité des données	Justification
Élevé	Il est très improbable qu'une recherche complémentaire modifie notre confiance dans l'estimation de l'effet obtenu
Moyen	Il est probable qu'une recherche complémentaire influera notablement sur notre confiance quant à l'effet obtenu
Faible	Il est très probable qu'une recherche complémentaire génèrera une estimation de l'effet, qui modifiera probablement l'estimation
Très faible	Une estimation de l'effet, quelle qu'elle soit, est très improbable.

La qualité des données scientifiques et la force de la recommandation sont indiquées pour les trois questions sur les aspects cliniques examinées spécifiquement dans le but d'élaborer la présente politique. La qualité des données et la force de la recommandation tirées des autres documents approuvés par le Comité d'évaluation des directives sont indiquées chaque fois que possible. Cependant, les données nécessaires pour déterminer les risques relatifs faisant défaut, et dans la mesure où elles représentent largement les processus programmatiques, nous n'indiquons pas le niveau de qualité des données scientifiques pour les activités mentionnées dans la section A des activités conjointes tuberculose/VIH ni pour la question sur les programmes (question 4 ci-dessus).

La justification du niveau fort ou conditionnel attribué à une recommandation est présentée dans le tableau ci-dessous.

Force de la recommandation	Justification
Forte	Les experts sont certains que les effets souhaitables de l'application de la recommandation compenseront les effets indésirables.
Conditionnelle (faible)	<p>Les experts concluent que les effets souhaitables de l'application de la recommandation compensent probablement les effets indésirables.</p> <p>Toutefois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les données à l'appui de la recommandation sont rares ; ou • la recommandation n'est applicable qu'à un groupe, une population ou un contexte spécifique ; ou • de nouvelles données scientifiques peuvent entraîner un changement dans l'équilibre entre risques et bénéfices ; ou • les bénéfices peuvent ne pas justifier, dans tous les contextes, le coût ou les ressources requises.

Le projet de document, notamment les questions PICO (population, intervention, comparaison, résultats), a été préparé par le comité directeur de l'OMS représentant les Départements Halte à la tuberculose et VIH/sida de l'OMS. Il a ensuite été diffusé aux membres du groupe de mise à jour de la politique pour qu'ils fassent part de leurs observations. Le groupe a discuté par échanges de courriels de la structure globale de la politique, a évalué les données disponibles ainsi que les risques et bénéfices liés aux trois questions sur les aspects cliniques et a déterminé les recommandations et leur niveau de force. Une conférence téléphonique a été organisée entre les membres du groupe de mise à jour de la politique pour approfondir les questions n'ayant pas été éclaircies dans les échanges de courriels. La politique a été révisée sur la base des observations émises par courriel ou pendant la conférence téléphonique, puis revue à nouveau par le groupe de mise à jour de la politique avant que l'on parvienne à un consensus. Le document a ensuite été diffusé à 34 scientifiques internes et externes pour révision. Les commentaires de ces derniers ont été débattus au sein du comité directeur de l'OMS et la version définitive du document a été préparée par les coordinateurs du processus.

1.6. Adaptation de la politique

Depuis sa publication en 2004, la politique intérimaire concernant les activités conjointes tuberculose/VIH a été largement mise en oeuvre. Il est proposé aux programmes nationaux et autres partenaires de tirer parti des expériences acquises au fil des ans, et de s'appuyer sur les nouveaux éléments de la version mise à jour pour modifier leurs politiques et les adapter au mieux à leur contexte local. Les facteurs doivent inclure l'épidémiologie de la tuberculose et du VIH ainsi que les systèmes de prestation des soins de santé propres à chaque pays. Le processus d'adaptation doit inclure les décisions prises au niveau national en matière de politique et de programmes pour déterminer le meilleur dispositif de gestion des programmes spécifique aux pays et pour assurer la prestation de services intégrés tuberculose et VIH. L'objectif ultime de ces travaux d'adaptation doit être l'élargissement à l'échelle nationale de la couverture des activités conjointes tuberculose/VIH pour réduire la mortalité et la morbidité dues à la tuberculose associée au VIH, selon l'épidémiologie de l'une et l'autre de ces deux infections.

2. But et objectifs des activités conjointes tuberculose/VIH

Les activités conjointes tuberculose/HIV ont pour but de réduire la charge de mortalité et de morbidité due à la tuberculose et au VIH chez les personnes vulnérables ou touchées par ces deux infections. Elles ont pour objectifs :

- (1) La mise en place et le renforcement des mécanismes de collaboration et de gestion commune entre les programmes de lutte anti-VIH et les programmes de lutte antituberculeuse en vue de dispenser des services intégrés tuberculose et VIH, de préférence au même moment et au même endroit;
- (2) La réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, leurs familles et leurs communautés en assurant la mise en oeuvre des « trois I de la lutte contre le VIH et la tuberculose » et en initiant rapidement le traitement antirétroviral, conformément aux principes directeurs de l'OMS ;
- (3) La réduction de la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux, leurs familles et leurs communautés en assurant les services de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH.

3. Activités conjointes tuberculose/VIH recommandées

La présente section s'appuie sur la structure de la politique de 2004 qui offre un cadre d'action déjà bien en place dans de nombreux pays et les aide dans leur riposte à la tuberculose associée au VIH. Elle met l'accent sur les activités conjointes situées à l'interface entre l'épidémie de tuberculose et l'épidémie de VIH et devant être entreprises dans le cadre de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida (Tableau 1).

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'intégrer 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 de tuberculose 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

Les activités conjointes tuberculose/VIH auront plus de chances de réussir si des stratégies nationales de lutte, fondées sur les directives internationales factuelles sont mises en oeuvre avec efficacité. Les activités recommandées peuvent être mises en place par un large éventail de partenaires et de responsables de la mise en oeuvre, en particulier les programmes de lutte antituberculeuse et les programmes de lutte contre le VIH ou leurs équivalents, des organisations non gouvernementales, d'autres associations de la société civile, notamment des associations locales ou confessionnelles, ou le secteur privé à but lucratif.

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

Recommandations

1. Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux ou leurs équivalents doivent créer et renforcer un organe national commun de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH, opérant au niveau de la région, du district, des communautés et dans les établissements (en fonction des facteurs propres à chaque pays) et assurant une représentation égalitaire ou raisonnable des deux programmes, y compris les personnes à risque ou affectées par ces deux infections, et autres ministères compétents (par exemple ceux responsables des programmes de réduction des risques ou responsables des services de santé dans les prisons ou les exploitations minières).
2. Les organes de coordination des activités tuberculose/VIH doivent être chargés de la gouvernance, de la planification, de la coordination et de la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH ainsi que de la mobilisation des ressources financières.

Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes de lutte antituberculeuse, y compris leurs partenaires appartenant à d'autres ministères compétents (par exemple ceux chargés des services de santé dans les prisons ou les exploitations minières), le secteur privé à but lucratif et les associations de la société civile, doivent collaborer pour offrir l'accès à des services intégrés, de préférence en même temps et au même endroit, et pour assurer la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins aux malades touchés par la coinfection tuberculose/VIH. Des organes nationaux de coordination doivent être mis en place à tous les niveaux du système de santé pour garantir une collaboration solide et efficace entre les programmes de lutte contre le VIH et antituberculeux et pour offrir une base de coordination et une synergie entre les partenaires. Il est essentiel que les personnes vulnérables ou touchées par les deux maladies soient représentées si l'on veut assurer une mise en œuvre judicieuse des services intégrés et la réussite des programmes. Les commissions nationales sur le sida qui coordonnent la riposte plurisectorielle au VIH, doivent être également incluses dans les efforts déployés par les pays pour coordonner les activités tuberculose/VIH.

L'organe national de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH doit se voir attribuer un mandat clair, défini par consensus. Ses principaux domaines de responsabilité sont les suivants :

- *gouvernance et coordination aux niveaux national et infranational*
- *mobilisation des ressources*
- *orientation de politique générale et des programmes indiquée pour la gestion des activités*
- *renforcement des capacités, y compris la formation*
- *assurer une cohérence dans les campagnes de communication sur la tuberculose et le VIH*
- *faire participer la société civile, les organisations non gouvernementales, les associations locales et les individus*

Dans les pays où les organes de coordination existent déjà (comme les dispositifs de coordination de certains pays liés au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), il convient peut-être de renforcer leurs rôles en redéfinissant leurs mandats et en les élargissant en fonction de leur efficacité et de leurs réalisations, en vue de dispenser des services intégrés tuberculose et VIH, de préférence en même temps et au même endroit.

Les données spécifiques dérivées de la recherche opérationnelle et des études descriptives ont montré qu'il était possible de constituer des organes de coordination efficaces opérant à tous les niveaux et assurant la participation de tous les partenaires – des programmes de lutte contre le VIH et antituberculeux, des associations de la société civile, des patients et des communautés – tout en garantissant leur engagement et leur large adhésion (5, 6). Un organe national de coordination doit également résoudre les problèmes de gouvernance et notamment la répartition du travail et des ressources nécessaires à la mise en œuvre des plans communs.

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

Recommandations

1. Indépendamment des taux nationaux de prévalence du VIH et de la tuberculose qu'ils enregistrent chez les adultes, tous les pays doivent assurer la surveillance du VIH auprès des patients tuberculeux et la surveillance de la tuberculose évolutive parmi les personnes vivant avec le VIH, dans le but d'appuyer la planification et la mise en œuvre des programmes.
2. Les pays où l'on ne connaît pas la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux doivent réaliser une enquête de séroprévalence (périodique ou sentinelle) pour évaluer la situation.
3. Dans les pays confrontés à une épidémie généralisée¹, les services de conseil et de dépistage du VIH dispensés à tous les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux doivent constituer la base de la surveillance. Lorsque cette surveillance n'est pas encore en place, des enquêtes périodiques ou sentinelles sont des solutions satisfaisantes.
4. Dans les pays confrontés à une épidémie concentrée² où les groupes les plus exposés au risque d'infection à VIH sont localisés dans certaines zones administratives, les services de conseil et de dépistage du VIH dispensés à tous les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux dans ces mêmes zones doivent constituer la base de la surveillance. Lorsqu'ils ne sont pas encore en place, des enquêtes périodiques (spéciales) ou sentinelles réalisées tous les 2 à 3 ans, sont des solutions satisfaisantes.
5. Dans les pays où l'épidémie est modérée,³ il est recommandé de procéder à des enquêtes périodiques (spéciales) ou sentinelles tous les 2 à 3 ans.
6. Le dépistage du VIH doit faire partie intégrante des enquêtes de séroprévalence de la tuberculose et de la surveillance de la résistance aux antituberculeux.

La surveillance est indispensable pour appuyer la planification et la mise en œuvre des programmes. Il existe trois méthodes principales de surveillance du VIH chez les malades de la tuberculose : les enquêtes périodiques (enquêtes transversales de séroprévalence du VIH auprès d'un petit groupe représentatif de patients tuberculeux dans un pays) ; les enquêtes sentinelles (en sélectionnant des patients tuberculeux pour constituer le groupe sentinelle dans le système global de surveillance sentinelle du VIH) et enfin l'exploitation des données qui résultent des opérations systématiques de conseil et de dépistage du VIH menées auprès des patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux. La méthode de surveillance choisie dépendra de l'ampleur de l'épidémie de VIH sous-jacente (voir les définitions dans les notes de bas de page^{1,2,3}), de la situation globale relative à la tuberculose, de la disponibilité des ressources et de l'expérience acquise. Le fait d'incorporer le dépistage du VIH dans les enquêtes de prévalence de la tuberculose et dans la surveillance de la résistance aux antituberculeux donne l'occasion d'étendre le dépistage du VIH et d'améliorer les connaissances des programmes nationaux de lutte antituberculeuse sur la relation qui existe entre le VIH et la tuberculose pharmacorésistante au niveau de la population (7, 8). Cela apporte également des avantages individuels essentiels aux personnes vivant avec le VIH, notamment un meilleur accès au dépistage, à la détection précoce des cas et à la mise en route rapide du traitement. Les traitements anti-VIH étant beaucoup plus facilement disponibles qu'auparavant, un dépistage du VIH anonyme et dissocié n'est pas recommandé car il ne serait alors pas possible de faire remonter les résultats aux personnes nécessitant des soins et un traitement contre le VIH (8).

Les enquêtes doivent être réalisées conformément aux recommandations nationales. Les malades de la tuberculose ou les personnes dont on vient de déterminer la séropositivité pour le VIH grâce à la surveillance doivent bénéficier immédiatement d'un traitement antituberculeux et anti-VIH et des services connexes conformément aux principes directeurs nationaux. Chaque fois que possible, la surveillance de la tuberculose évolutive parmi les personnes vivant avec le VIH générera des données utiles aux programmes. Le nombre de cas de tuberculose chez les personnes inscrites depuis peu dans les services de soins anti-VIH et/ou celles qui viennent de commencer un traitement antirétroviral pourrait être suivi grâce à l'analyse des données générées systématiquement par les programmes.

Les données scientifiques issues des études descriptives ont montré qu'il était crucial d'assurer une surveillance du VIH chez les patients tuberculeux pour comprendre l'évolution de l'épidémie et pour élaborer des stratégies rationnelles permettant de s'attaquer à la double épidémie de tuberculose et de VIH.

1 Épidémie généralisée : la prévalence du VIH est invariablement > 1 % chez les femmes enceintes.

2 Épidémie concentrée : la prévalence du VIH est invariablement > 5 % dans au moins un groupe de population déterminé et est < 1 % chez les femmes enceintes dans les zones urbaines.

3 Épidémie modérée : la prévalence du VIH n'a jamais dépassé invariablement 5 % dans un groupe quelconque.

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

Recommandations

1. La planification commune doit définir clairement les rôles et les responsabilités des programmes de lutte contre le VIH et antituberculeux dans la mise en oeuvre, le déploiement à grande échelle, le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, à tous les niveaux du système de santé.
2. Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux doivent présenter des modèles de prestations de services intégrés tuberculose et VIH centrés sur la famille et l'utilisateur, au niveau des établissements et des communautés, et adaptés aux contextes nationaux et locaux.
3. Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux doivent garantir la mobilisation des ressources et le déploiement équilibré de ressources humaines qualifiées pour mettre en oeuvre et intensifier les activités conjointes tuberculose/VIH, en fonction de la situation spécifique de chaque pays.
4. Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux doivent formuler un plan commun de formation sur les activités conjointes tuberculose/VIH pour assurer des formations avant embauche et en cours d'emploi, et une formation continue destinée à toutes les catégories d'agents de santé et adaptée à leurs niveaux de compétence. Il convient de préparer des descriptions de postes pour les agents de santé et/ou de les adapter pour intégrer les activités conjointes tuberculose/VIH.
5. Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux doivent faire en sorte de disposer de capacités suffisantes pour dispenser les soins de santé (par exemple laboratoires, médicaments, systèmes de référence, impliquer le secteur privé, mettre l'accent sur certaines populations tels que les femmes, les enfants, les consommateurs de drogues et les prisonniers) et pour mettre en oeuvre et déployer plus largement les activités conjointes tuberculose/VIH.
6. Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux doivent élaborer des stratégies spécifiques pour inciter les organisations non gouvernementales et autres associations de la société civile et les personnes à risque ou affectées par ces deux maladies à s'impliquer davantage dans l'élaboration et l'application des politiques et des programmes et dans le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, à tous les niveaux.
7. Il convient de réaliser, à l'échelle mondiale, nationale, régionale et locale, des activités bien conçues de sensibilisation à la tuberculose et au VIH, planifiées en commun pour garantir la cohérence des messages, et ciblant les principaux partenaires et décideurs.
8. Les stratégies communes de communication doivent permettre d'intégrer les composants VIH dans la communication sur la tuberculose et les composants tuberculose dans la communication sur le VIH.
9. Toutes les partenaires des activités conjointes tuberculose/VIH, y compris les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux, doivent appuyer et encourager la recherche opérationnelle sur les problèmes propres aux pays, en vue d'élaborer la base de données nécessaire à la mise en oeuvre efficace et rationnelle des activités conjointes tuberculose/VIH.

Il convient d'élaborer un plan stratégique commun à moyen et long terme pour réussir à déployer systématiquement les activités conjointes tuberculose/VIH à l'échelle nationale et dispenser des services intégrés tuberculose et VIH, de préférence au même moment et au même endroit, en s'attachant à la prévention de la transmission de la tuberculose. Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux devraient soit concevoir un plan commun de lutte contre la tuberculose et le VIH, ou incorporer les composants tuberculose et VIH dans leurs plans nationaux de prévention, diagnostic, traitement et soins. Les rôles et responsabilités de chaque programme concernant la mise en oeuvre des activités spécifiques à la tuberculose et au VIH, à tous les niveaux, doivent être clairement définis. Le plan commun doit être harmonisé avec les plans stratégiques de santé des pays et leur programme de renforcement de leur système de santé. Les principaux domaines concernés sont : des services de santé de qualité, un personnel de santé performant, des systèmes d'information opérationnels, un accès équitable aux produits pharmaceutiques, vaccins et technologies de santé essentiels, un financement satisfaisant de la santé et enfin les rôles de direction et de gouvernance (9). Les éléments cruciaux du plan commun des activités conjointes tuberculose/VIH sont les activités détaillées dans les objectifs A, B et C du présent document ainsi que la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités et la formation, le plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose et au VIH, la communication entre programmes, la participation des associations de la société civile, notamment des organisations

non gouvernementales, des personnes vivant avec le VIH, des personnes diagnostiquées tuberculeuses (y compris celles qui ont achevé leur traitement) et des communautés, l'engagement du secteur privé à but lucratif et la recherche opérationnelle. Les programmes de lutte contre le VIH et les programmes antituberculeux devraient également planifier et coordonner les études des programmes conjoints ainsi que le suivi et l'évaluation systématiques des services intégrés.

A. 3.1. Modèles de prestations des services intégrés tuberculose et VIH

L'examen systématique réalisé en vue de préparer la mise à jour de la politique a permis d'identifier cinq modèles de prestations de services intégrés tuberculose et VIH (10). Peu d'études effectuées dans le cadre de cet examen ont transmis des informations sur les impacts obtenus au niveau des patients tels que les résultats thérapeutiques ou sur les résultats des programmes tels que le diagnostic précoce de l'infection à VIH et de la tuberculose, la mise sous traitement antirétroviral plus précoce, le diagnostic rapide des cas de tuberculose, le déclenchement immédiat du traitement et le maintien du traitement, rendant ainsi difficile une comparaison directe entre les différents modèles. Le choix des modèles de prestation de services intégrés tuberculose/VIH de qualité doit prendre en compte les problèmes des systèmes de santé qui se posent localement et au niveau national. Les modèles décrits ci-dessous ne sont donc pas exhaustifs ni prescriptifs. Les programmes nationaux anti-VIH et antituberculeux devraient définir le meilleur modèle de services intégrés qui permettra de dispenser des services complets de qualité le plus rapidement possible et le plus près possible du lieu de résidence des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose et de leurs familles. Ces efforts devraient inclure l'intégration des services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins contre la tuberculose et le VIH dans les services de santé de la mère et de l'enfant, en particulier la prévention de la transmission verticale (de la mère à l'enfant) du VIH et, le cas échéant, dans les centres de traitement de la toxicodépendance.

Les modèles identifiés dans l'examen systématique sont les suivants :

Accès via le service tuberculose et référence du patient vers le service de dépistage du VIH et de soins : Dans ce modèle, les services tuberculose orientent les patients vers les services assurant le dépistage du VIH et soins anti-VIH si nécessaire. Cela demande un minimum de capacité logistique supplémentaire et des financements complémentaires. Ce peut être réalisé au moyen d'une formation commune des personnels soignants appartenant aux deux programmes, d'une modification des formulaires d'orientation et des systèmes existants de suivi des dossiers et de réunions régulières du personnel des deux services pour renforcer les relations. Les avantages de ce modèle sont la simplicité de mise en place des mesures requises et son faible coût. Ses principaux inconvénients sont la perte des patients en cas d'échec du système de référence (dû par exemple au manque de moyen de transport ou à son coût). Ce modèle n'est pas de premier choix dans un contexte où la prévalence du VIH est élevée, et où les deux services doivent être intégrés le plus étroitement possible et dispensés à proximité l'un de l'autre.

Accès via le service tuberculose et référence du patient vers les soins anti-VIH après dépistage : Dans ce modèle, les centres de soins antituberculeux assurent le dépistage sur place du VIH et orientent les patients séropositifs vers le service de soins anti-VIH. Selon la politique du pays en matière de dépistage du VIH, ce modèle peut nécessiter la mise en place d'une salle supplémentaire pour le dépistage et le conseil, ainsi que des renforts en personnel, selon la charge de travail du centre. Quels que soient les résultats des tests de dépistage, il faut informer les patients sur la prévention du VIH. Un échec du système de référence vers les services de soins anti-VIH peut avoir pour conséquence la transmission du VIH aux partenaires et aux enfants, et un retard de mise en place des soins et du traitement antirétroviral.

Accès via le service VIH et référence du patient vers les services de dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose : Dans ce modèle, les services VIH orientent les personnes vivant avec le VIH vers les services de dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose. Les études décrivant les critères de référence sont peu nombreuses. Or, les critères et le système de référence sont essentiels pour le bon fonctionnement de ce modèle. L'échec de ce système de référence a pour conséquence une transmission continue de la tuberculose et l'évolution de la maladie.

Accès via le service VIH et orientation du patient vers les services de diagnostic et traitement après dépistage de la tuberculose : Dans ce modèle, les personnes vivant avec le VIH sont soumises au dépistage de la tuberculose et orientées vers les services de diagnostic et traitement de la tuberculose selon le résultat du dépistage. L'infrastructure nécessaire pour ce modèle varie considérablement, selon que le centre anti-VIH propose des interventions complémentaires comme le traitement préventif à l'isoniazide ou la collecte des expectorations sur place qui nécessite des mesures anti-infectieuses renforcées. Il convient d'appliquer l'algorithme clinique de dépistage simplifié recommandé par l'OMS. Les personnes vivant avec le VIH et dépistées négatives doivent bénéficier du traitement préventif à l'isoniazide (11).

Services tuberculose et VIH dispensés dans un même établissement (au même endroit et en même temps) : Ce modèle recouvre un large éventail d'activités permettant d'offrir des soins centrés sur le patient et dispensés par le même soignant lors d'une même consultation, un « service tout-en-un ». Ce modèle prévoit que les centres antituberculeux assurent le traitement anti-VIH, que les centres anti-VIH assurent le traitement antituberculeux, que les centres de soins primaires et les hôpitaux assurent des services intégrés de diagnostic et de traitement de la tuberculose et du VIH, dans une même salle ou

dans des salles séparées. Ce modèle est particulièrement efficace dans les zones à forte prévalence du VIH et où la plupart des malades de la tuberculose sont infectés par le VIH ainsi que dans des zones confrontées à manque de ressources humaines, car il permet d'éviter la nécessité de référer les patients et d'offrir des soins mieux coordonnés. L'inconvénient de ce modèle est le risque de propagation nosocomiale de la tuberculose. Toutefois, il convient de noter que le risque de transmission de la tuberculose n'est pas unique à ce modèle ; en effet, le problème se pose plus globalement dans les salles d'attente de tous les établissements de santé, là où la charge de la tuberculose est élevée (tous les lieux fréquentés régulièrement par des personnes qui toussent et dont la tuberculose pulmonaire n'est pas diagnostiquée). C'est pourquoi il est crucial de mettre en place des mesures adaptées de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé des pays à forte prévalence de tuberculose dans le but de réduire au minimum le risque de propagation nosocomiale de la tuberculose aux personnes immunodéprimées qui vivent avec le VIH. Cependant, les soins intégrés favorisent la détection précoce et le traitement de la tuberculose infectieuse non diagnostiquée et, comparé à des services dispensés séparément, ils peuvent aboutir à une réduction du risque de tuberculose. On a observé également au Lesotho et en Afrique du Sud une augmentation des cas notifiés de tuberculose pulmonaire à frottis négatif et de tuberculose extrapulmonaire et une augmentation des taux de guérison dans les services intégrés tuberculose/VIH (12, 13). Ce modèle permet également de mettre rapidement sous traitement antirétroviral les patients tuberculeux vivant avec le VIH sans qu'il soit nécessaire de les référer vers un autre service, comme le montre l'exemple de l'Afrique du Sud (13).

A.3.2. Mobilisation des ressources et renforcement des capacités

Les activités conjointes tuberculose/VIH, qui s'appuient sur des stratégies dotées de ressources suffisantes, peuvent ne pas nécessiter de fonds supplémentaires importants. Si l'un ou l'autre des programmes, ou les deux, manquent de ressources financières ou de personnel de santé, il convient dans un premier temps de mobiliser des ressources complémentaires pour renforcer chaque programme. Il convient également de préparer des propositions communes d'appel de ressources pour la mise en œuvre d'activités conjointes, dans le cadre de l'organe de coordination conjoint, en s'appuyant sur les avantages comparatifs des deux programmes et sur les besoins spécifiques du pays. Sinon, les deux propositions d'appel de fonds pour le VIH et la tuberculose (par exemple celles soumises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à l'Emergency Plan for AIDS Relief du Président des États-Unis d'Amérique, ou à tout autre organisme de financement) doivent présenter chacune les ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH en dissociant clairement les besoins de main d'œuvre pour éviter les activités redondantes.

Le renforcement des capacités communes nécessaires aux activités conjointes doit comprendre la formation du personnel soignant des services tuberculose, VIH et soins primaires aux questions qui touchent à la tuberculose et au VIH. Il est important d'assurer la formation continue des agents de santé, fondée sur les compétences, au moyen d'un mentorat clinique, d'une supervision régulière de soutien et par la mise à disposition de modes opératoires standards, d'auxiliaires de travail, de supports de référence et de principes directeurs nationaux actualisés. Les capacités doivent être développées également dans le système de soins de santé, par exemple dans le service de laboratoire, au niveau de la gestion des approvisionnements, de l'information sanitaire, des systèmes de référence et de prestation de services intégrés, pour leur permettre de répondre au mieux aux demandes croissantes d'activités conjointes tuberculose/VIH (14).

A.3.3 Implication des ONG, d'autres associations de la société civile et des communautés

L'expansion des activités conjointes tuberculose/VIH au-delà du secteur de la santé, grâce à la participation constructive des communautés, des organisations non gouvernementales, des associations de la société civile et des individus à la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités tuberculose/VIH à tous les niveaux, revêtent une importance cruciale. Sont également essentiels la reconnaissance et le soutien, notamment le soutien financier, les personnes à risque et affectées par la tuberculose et le VIH, et les organisations locales participant aux campagnes de plaidoyer, aux informations sur les traitements et à la mobilisation de la communauté, car ce sont les principaux facteurs qui génèrent la demande indispensable pour des services intégrés, à tous les niveaux des soins. Les campagnes de plaidoyer destinées à influencer les politiques et à pérenniser l'engagement politique, la mise en œuvre des programmes et la mobilisation des ressources sont très importantes car elles permettent d'accélérer la mise en place des activités conjointes tuberculose/VIH.

Les services de prévention, diagnostic, soins et traitement de la tuberculose peuvent être intégrés aux services anti-VIH correspondants, et inversement, au travers d'organisations locales telles que les soins de proximité aux malades de la tuberculose ou les soins à domicile contre le VIH. Des agents de santé formés aux soins à domicile et de proximité, tout comme des organisations non gouvernementales ont réussi à dispenser des services tuberculose et VIH dans différents pays (15–19). Les services de soins de proximité contre la tuberculose (20, 21) et le VIH (22) présentent un bon rapport coût-efficacité. Lors de la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH, il est impératif que les associations de la société civile, y compris les organisations non gouvernementales et les organisations locales plaident en faveur des principes directeurs nationaux relatifs à la tuberculose et au VIH, en fassent la promotion et les appliquent, et assurent le suivi et l'évaluation des activités tuberculose/VIH à partir des indicateurs recommandés au niveau national.

A.3.4. Implication du secteur privé à but lucratif

L'engagement du secteur privé à but lucratif dans la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH exige la coordination et la collaboration des programmes de lutte contre le VIH et antituberculeux ainsi que celles des prestataires privés de services et de leurs associations de professionnels. Cette collaboration peut être mise en place au niveau national, de l'État, de la région, de la province ou du district, selon le contexte local. Le secteur privé à but lucratif doit être représenté à tous les niveaux dans les organes de coordination des activités tuberculose/VIH, et doit être incité à lancer des activités de collaboration conformément aux normes et directives nationales (23).

A.3.5. Répondre aux besoins des populations les plus vulnérables : les femmes, les enfants et les consommateurs de drogues

La tuberculose évolutive est diagnostiquée dix fois plus souvent chez les femmes enceintes vivant avec le VIH que chez celles non infectées par le VIH (24). La tuberculose maternelle est associée à un risque deux fois et demi accru de transmission verticale de l'infection à VIH à l'enfant à naître (25). De même, l'infection à VIH est un facteur de risque de tuberculose évolutive chez les nourrissons et les enfants. Des formes plus graves de tuberculose et des taux plus élevés de mortalité sont notifiés chez les enfants vivant avec le VIH (26). Le bacille de Calmette et Guérin (BCG) est un vaccin vivant qui ne doit pas être administré aux nourrissons et aux enfants que l'on sait être infectés par le VIH (27). Cependant, on ne peut pas déterminer avec certitude une infection à VIH à la naissance et la majorité des nourrissons nés de mères séropositives pour le VIH ne seront pas infectés par le VIH. Le BCG doit donc être administré aux nourrissons nés de mères séropositives pour le VIH dans les pays où le VIH est prévalent, sauf si le nourrisson est confirmé infecté par le VIH. Les programmes nationaux anti-VIH et antituberculeux doivent faire en sorte que les services de prévention, dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose ainsi que les services de prévention, diagnostic, soins et traitement du VIH soient intégrés aux services de santé de la mère et de l'enfant (MCH) (28) et aux mesures de prévention de la transmission verticale du VIH.

Les personnes vivant avec le VIH dans des lieux surpeuplés comme les prisons, les centres pour réfugiés ou pour personnes déplacées dans leur propre pays, ou encore les consommateurs de drogues, sont davantage exposés au risque d'infection par la tuberculose et le VIH dont l'incidence est plus élevée (29). La consommation de drogues par injection et l'abus d'alcool engendrent un risque plus élevé de coinfection VIH, tuberculose et hépatite. La planification commune – en particulier dans les lieux où la consommation de drogues par injection contribue à la propagation de l'épidémie de VIH – doivent donc faire en sorte que les services de prévention, diagnostic, soins et traitement de la tuberculose soient combinés aux mesures de réduction des risques telles que les tests de dépistage des hépatites B et C, et l'orientation vers un service de traitement des personnes chez qui l'on a diagnostiqué une hépatite infectieuse. Les prisons doivent veiller à ce que des services intégrés soient disponibles pour mettre en place des mesures de prévention, en particulier des mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse, des services de diagnostic et de traitement du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite ainsi que des services de réduction des risques.

A.3.6. Plaidoyer et communication

Les campagnes de plaidoyer qui ont pour but d'influencer les politiques, la mise en œuvre des programmes et la mobilisation des ressources et des communautés sont importantes car elles permettent d'accélérer la mise en place des activités conjointes tuberculose/VIH à tous les niveaux. Une communication à double sens entre les programmes et le grand public et avec les populations touchées peut faire mieux connaître ces deux maladies. Elle est cruciale également en ce qu'elle incite les patients à rechercher activement et à réclamer des soins. Des mesures effectives de communication axées sur les communautés plutôt que sur les individus, et qui combinent une série d'éléments issus de l'utilisation des données, de la science, de la recherche, des politiques et des plaidoyers peuvent informer le public, orienter les perceptions et les attitudes, atténuer l'exclusion, développer la protection des droits de l'homme, créer une demande pour des services, tresser des liens plus étroits avec les services et systèmes de santé, améliorer les relations entre soignant et patient et surveiller et évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH. Des stratégies communes de communication sur la tuberculose et le VIH devraient assurer la prise en compte des composantes VIH dans la communication sur la tuberculose et inversement, la prise en compte des composantes tuberculose dans la communication sur le VIH.

A.3.7. Recherche opérationnelle pour déployer à plus grande échelle les activités conjointes tuberculose/VIH

Les différences culturelles ou de fonctionnement entre prestataires de soins anti-**VIH** et antituberculeux et les difficultés opérationnelles qui entravent la mise en place d'interventions appropriées et efficaces ont contribué à la stagnation des mesures d'expansion des activités conjointes tuberculose/**VIH**. La recherche opérationnelle est nécessaire pour définir la meilleure manière de mettre en place des interventions intégrées de qualité contre la tuberculose et le **VIH** au niveau des établissements de santé et des communautés, dans le but d'appuyer l'élaboration de politiques et de stratégies mondiales et nationales (30). Les questions qui se posent en priorité en matière de recherche sur la tuberculose et le **VIH** dans les pays aux ressources limitées confrontés à une forte prévalence du **VIH**, notamment en ce qui concerne la recherche opérationnelle, ont été identifiées et il est urgent d'y répondre (31).

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

Recommandations

1. Les programmes de lutte anti-**VIH** et les programmes de lutte antituberculeuse doivent définir des indicateurs harmonisés et des formulaires standards de notification et d'enregistrement pour recueillir les informations nécessaires au suivi et à l'évaluation des activités conjointes tuberculose/**VIH**.
2. Les organisations qui mettent en œuvre des activités conjointes tuberculose/**VIH** doivent adopter les indicateurs harmonisés et instaurer un dispositif de notification pour faire en sorte que leurs données soient saisies par le système national de suivi et d'évaluation du pays.
3. Le guide de l'OMS intitulé « Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/**VIH** » et le document intitulé « The three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT and TB/HIV » devraient être utilisés comme base de standardisation des activités de suivi et d'évaluation propres aux pays.

Le suivi et l'évaluation des activités conjointes tuberculose/**VIH** permettent d'évaluer la qualité, l'efficacité, la couverture et la réalisation des activités conjointes tuberculose/**VIH**. Ils encouragent une culture de l'apprentissage entre les programmes et au sein de chacun d'eux et garantissent une amélioration continue des résultats de chaque programme et de leurs activités communes. Le suivi et l'évaluation supposent une collaboration entre les programmes et le système de santé global, l'instauration de systèmes de référence entre les différents services et organisations et enfin une supervision commune. Ces activités doivent être intégrées aux systèmes existants de suivi et d'évaluation. Il est essentiel d'établir et d'identifier les indicateurs harmonisés qu'il conviendra de saisir pour chaque programme afin d'éviter des activités redondantes (32) ; de même, les formulaires nationaux de notification et d'enregistrement doivent être standardisés. L'utilisation des trois systèmes interdépendants de suivi des patients pour les soins et les traitements antirétroviraux contre le **VIH**, pour les interventions visant à éviter la transmission mère-enfant du **VIH** dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant et pour la co-infection **VIH**/tuberculose (33) facilite le recoupement et le rapprochement des données entre les programmes de lutte anti-**VIH** et les programmes de lutte antituberculeuse, à l'échelon local et au niveau des pays, et renforcera la pleine adhésion des pays aux systèmes de collecte et de traitement des données. Les données scientifiques qui découlent de la recherche opérationnelle (34, 35) ont montré qu'il était important de normaliser les opérations de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/**VIH** pour en déterminer l'impact et assurer la mise en œuvre et la bonne gestion des programmes.

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 de tuberculose et assurer un traitement antituberculeux de haute qualité

Recommandations

1. Il convient d'assurer le dépistage des cas de tuberculose chez les adultes et les adolescents vivant avec le VIH en suivant un algorithme clinique. Ceux qui signalent l'un ou l'autre des symptômes suivants : toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes, sont peut-être atteints de tuberculose évolutive et doivent être examinés pour rechercher une tuberculose ou d'autres maladies (forte recommandation, qualité moyenne des données).
2. Les enfants vivant avec le VIH qui présentent l'un des symptômes suivants – faible prise de poids, fièvre ou toux ou contact avec un tuberculeux – peuvent être atteints de tuberculose et doivent être examinés pour rechercher une tuberculose ou d'autres affections. Si l'examen ne conclut pas à un cas de tuberculose, les enfants doivent bénéficier d'une prophylaxie par l'isoniazide quel que soit leur âge (forte recommandation, faible qualité des données).
3. Les malades de la tuberculose dont on connaît la séropositivité pour le VIH et ceux vivant dans les pays où le VIH est prévalent doivent bénéficier d'un traitement contenant au-moins six mois de rifampicine (forte recommandation, qualité élevée des données). La fréquence et le dosage optimal sont journaliers pendant la phase intensive et la phase de continuation du traitement (forte recommandation, qualité élevée des données).

Des études menées auprès des communautés ont fait apparaître un nombre élevé de cas non diagnostiqués de tuberculose tant chez les personnes vivant avec le VIH que les personnes séronégatives (36, 37). L'identification précoce des signes et des symptômes de la tuberculose, suivie du diagnostic et du lancement rapide du traitement chez les personnes vivant avec le VIH, les proches vivant dans le même foyer, les groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH et les personnes vivant dans des établissements collectifs (prisons, foyers de travailleurs, casernes de police ou de l'armée) augmente les chances de survie, améliore la qualité de vie et réduit la transmission de la tuberculose dans les dispensaires et la communauté. La rapidité de diagnostic de la tuberculose et de mise sous traitement antituberculeux chez les personnes séronégatives pour le VIH est également cruciale pour réduire la transmission de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Toute personne vivant avec le VIH doit être dépistée pour la tuberculose à intervalles réguliers en suivant un algorithme clinique fondé sur les symptômes (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) lorsqu'elle se présente pour la première fois au service de soins anti-VIH et ensuite à chaque consultation dans un établissement de santé ou contact avec un agent de santé (11, 38). Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui présentent l'un ou l'autre des symptômes suivants : toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes, sont peut-être atteints de tuberculose évolutive ; ils doivent être examinés pour rechercher une tuberculose ou d'autres maladies. Le dépistage de la tuberculose est important, que les personnes aient bénéficié, ou bénéficient encore, d'un traitement prophylactique par l'isoniazide ou d'un traitement antirétroviral. De même, les enfants vivant avec le VIH qui présentent l'un ou l'autre des symptômes suivants – faible prise de poids, fièvre ou toux – ou ont été en contact avec un tuberculeux, sont peut-être tuberculeux et doivent être examinés pour rechercher une tuberculose ou d'autres maladies.

Chez les personnes dépistées positives pour le VIH, le diagnostic de tuberculose doit être établi conformément aux directives nationales et aux principes de bonne pratique clinique pour identifier une tuberculose évolutive ou poser un autre diagnostic. On constate couramment des cas de tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire à frottis négatif chez les personnes vivant avec le VIH et ces cas sont souvent associés à de mauvais résultats thérapeutiques et à une mortalité précoce excessive. En cas de présomption de tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire à frottis négatif, il faut accélérer le diagnostic en effectuant toutes les recherches appropriées disponibles, notamment la culture de mycobactéries (39). Dans les pays confrontés à une prévalence élevée du VIH, les techniques moléculaires de test approuvées par l'OMS (notamment les tests Xpert MTB/RIF) lorsqu'elles sont disponibles, doivent être le premier test utilisé pour le diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (40). Dans les pays où le VIH est prévalent, le traitement antituberculeux empirique doit être mis en place chez les patients gravement atteints en cas de tests négatifs et sans amélioration suite à l'administration d'antibiotiques par voie parentérale (39). Les patients doivent être référés vers le niveau de soins supérieur pour obtenir une confirmation du diagnostic. S'il n'est pas possible de référer le patient, le traitement antituberculeux devra être poursuivi jusqu'à son terme.

Les nouveaux patients tuberculeux vivant avec le VIH doivent bénéficier d'un protocole thérapeutique antituberculeux comprenant six mois de rifampicine (deux mois d'isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol suivis de quatre mois de rifampicine et d'isoniazide, 2HRZE/4RH) en prises journalières (41). Ils doivent recevoir un traitement antirétroviral le plus tôt possible, à savoir dans les huit premières semaines qui suivent le début du traitement antituberculeux, indépendamment de leur taux de CD4 (42).

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

Recommandations

1. Il convient de dépister les cas de tuberculose chez les adultes et les adolescents vivant avec le VIH en suivant un algorithme clinique. Ceux qui ne présentent aucun des symptômes suivants : toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes, ne sont probablement pas atteints de tuberculose évolutive et doivent recevoir un traitement préventif à l'isoniazide (*forte recommandation, qualité moyenne des données*).
2. Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH, dont la réaction à l'intradermoréaction à la tuberculine est inconnue ou positive et qui ont peu de risques d'être atteint d'une tuberculose évolutive, doivent recevoir un traitement préventif à l'isoniazide pendant au moins six mois dans le cadre de services complets de prévention et de soins anti-VIH. Le traitement préventif à l'isoniazide doit être administré à ces personnes, quel que soit leur degré d'immunodépression, ainsi qu'à ceux se trouvant sous traitement antirétroviral, à ceux qui ont déjà suivi un traitement antituberculeux et aux femmes enceintes (*forte recommandation, qualité élevée des données*).
3. Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH, dont la réaction à l'intradermoréaction à la tuberculine est inconnue ou positive et qui ont peu de risques d'être atteint d'une tuberculose évolutive, doivent recevoir un traitement préventif à l'isoniazide pendant au moins 36 mois. Le traitement préventif à l'isoniazide doit être administré à ces personnes, quel que soit leur degré d'immunodépression, ainsi qu'à ceux se trouvant sous traitement antirétroviral, à ceux qui ont déjà suivi un traitement antituberculeux et aux femmes enceintes (*recommandation conditionnelle, qualité moyenne des données*).
4. Il n'est pas nécessaire d'avoir réalisé une intradermoréaction à la tuberculine pour commencer un traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH (*forte recommandation, qualité moyenne des données*). Les personnes vivant avec le VIH ayant une réaction positive à l'intradermoréaction tirent davantage parti du traitement préventif à l'isoniazide. L'intradermoréaction peut être utilisée chaque fois que possible pour identifier ce type de personnes (*forte recommandation, qualité élevée des données*).
5. Administrer un traitement préventif à l'isoniazide aux personnes vivant avec le VIH n'accroît pas le risque de développer une tuberculose résistante à l'isoniazide. Les craintes quant au développement d'une résistance à l'isoniazide ne doivent pas empêcher l'administration d'un traitement préventif à l'isoniazide (*forte recommandation, qualité moyenne des données*).
6. Les enfants vivant avec le VIH, qui prennent du poids normalement et qui ne présentent ni fièvre ni toux ont peu de risques d'être atteints d'une tuberculose évolutive est peu probable (*forte recommandation, faible qualité des données*).
7. Les enfants vivant avec le VIH et âgés de plus de 12 mois, qui ont peu de risques d'être atteints d'une tuberculose évolutive soit (dépistage sur la base des symptômes) et qui n'ont aucun contact avec un cas tuberculeux doivent bénéficier d'un traitement préventif à l'isoniazide de six mois (10mg/kg/jour) dans le cadre de services complets de prévention et de soins anti-VIH (*forte recommandation, qualité moyenne des données*).
8. Parmi les enfants vivant avec le VIH âgés de moins de 12 mois, seuls ceux qui sont en contact avec un cas tuberculeux et chez qui les investigations menées pour rechercher la tuberculose sont négatives doivent bénéficier d'un traitement préventif à l'isoniazide d'une durée de six mois (*forte recommandation, faible qualité des données*).
9. Tous les enfants vivant avec le VIH qui ont terminé avec succès leur traitement antituberculeux doivent recevoir un traitement à l'isoniazide pendant six mois supplémentaires (*recommandation conditionnelle, faible qualité des données*).
10. Toutes les personnes vivant avec le VIH et dont le taux de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³ quel que soit le stade clinique défini par l'OMS, doivent commencer un traitement antirétroviral (*forte recommandation, qualité moyenne des données*).

On administre de l'isoniazide aux patients atteints d'une infection latente par *Mycobacterium tuberculosis* pour éviter toute progression vers le stade évolutif de la maladie. Il est extrêmement important d'exclure la présence de tuberculose évolutive avant de commencer un traitement préventif à l'isoniazide. L'absence de tous les symptômes – toux, sueurs nocturnes, fièvre ou perte de poids – peut permettre d'identifier les adultes et adolescents vivant avec le VIH qui présentent une très

faible probabilité de tuberculose évolutive et peuvent sans hésitation être mis sous traitement à l'isoniazide. Ce principe de dépistage possède une valeur prédictive négative de 97,7 % (IC à 95 % [intervalle de confiance] 97,4–98,0) pour une prévalence de la tuberculose de 5 % parmi les personnes vivant avec le VIH. Chez les enfants, l'absence de signes ou symptômes tels que faible prise de poids, fièvre et toux peut permettre d'identifier ceux chez qui une tuberculose évolutive est peu probable. L'isoniazide est pris chaque jour suivant un mode d'administration autonome, pendant au moins six mois, dans le cadre de services complets de prévention et de soins anti-VIH dispensés à toutes les personnes vivant avec le VIH éligibles, et ce indépendamment du degré d'immunodépression, de la prise d'un traitement antirétroviral, d'un traitement antituberculeux dans le passé ou d'une grossesse. Les informations relatives à la prévention par l'isoniazide doivent être communiquées à toute personne vivant avec le VIH. Le fait de prévoir un traitement préventif à l'isoniazide comme composant essentiel des mesures de prévention du VIH relève de la responsabilité des programmes nationaux de lutte contre le VIH et des prestataires de services anti-VIH.

Des données probantes ont montré qu'un traitement préventif à l'isoniazide était tout aussi efficace mais aussi plus sûr que les protocoles à base de rifampicine et de pyrazinamide utilisés pour la prévention d'une infection tuberculeuse latente (43). On a constaté également que le traitement préventif à l'isoniazide a permis de réduire efficacement l'incidence de la tuberculose et la mortalité imputable à la tuberculose chez les patients vivant avec le VIH pour lesquels l'intradermoréaction à la tuberculine était positive (44, 45). Des études menées au Botswana et en Afrique du Sud suggèrent qu'un traitement préventif à l'isoniazide prolongé à 36 mois ou plus permet d'obtenir de meilleurs résultats, en particulier chez les personnes dont l'intradermoréaction est positive là où la prévalence et la transmission de la tuberculose sont élevées (46, 47). Cependant, les difficultés opérationnelles liées à l'intradermoréaction à la tuberculine entravent fortement l'accès au traitement préventif à l'isoniazide dans les pays aux ressources limitées et c'est pourquoi il convient de ne pas imposer l'intradermoréaction à la tuberculine avant d'administrer un traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH.

Le traitement antirétroviral est une stratégie puissante qui permet de réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et ce quelque soit le taux de CD4. Parmi les personnes vivant avec le VIH, le traitement antirétroviral réduit de 54 % à 92 % (48) le risque individuel de tuberculose et de 27 % à 80 % (49, 50) le risque au niveau de la population. Des études réalisées au Brésil et en Afrique du Sud ont montré que le risque de tuberculose pouvait être réduit de 90 % chez les patients vivant avec le VIH dont l'intradermoréaction à la tuberculine était positive et bénéficiant à la fois d'un traitement antirétroviral et d'un traitement préventif à l'isoniazide (51, 52).

Le traitement antirétroviral réduit également de 50 % le nombre de récurrences de la tuberculose (53). L'exercice de modélisation réalisé à partir de données de neuf pays d'Afrique sub-saharienne a indiqué que si l'on commence à administrer un traitement antirétroviral dès que le test de dépistage du VIH est positif (54) on constate une plus forte baisse de l'incidence des cas de tuberculose associée au VIH.

L'OMS recommande la mise en route d'un traitement antirétroviral pour tous les adultes et adolescents, y compris les femmes enceintes, infectés par le VIH et dont le taux de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³ et ce, quels que soient leurs symptômes (42). Dans le cadre du processus de mise à jour de la politique concernant les activités conjointes tuberculose/VIH, un examen systématique des résultats d'essais contrôlés randomisés et des données issues de larges cohortes multicentriques a été réalisé. Les résultats ont été analysés par la méthode GRADE pour envisager les effets d'une mise sous traitement antirétroviral plus précoce (taux de CD4 > 350 cellules/mm³) pour prévenir la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Cet examen a montré que le risque de tuberculose se trouvait réduit de moitié parmi les personnes vivant avec le VIH lorsque le traitement antirétroviral est mis en route à un taux de CD4 > 350 cellules/mm³ (voir l'Annexe 1 concernant l'extraction des données et l'évaluation de leur qualité).

C'est pourquoi, compte tenu de ces observations et des résultats de l'examen systématique réalisé, le groupe de mise à jour de la politique s'est entendu à l'unanimité sur le fait que la mise en route plus précoce d'un traitement antirétroviral (par exemple lorsque le taux de CD4 est > 350 cellules/mm³) contribuait à prévenir la tuberculose et d'autres affections cliniques chez les personnes vivant avec le VIH. L'ajout d'une recommandation distincte sur la mise en route plus précoce d'un traitement antirétroviral lorsque le taux de CD4 est > 350 cellules/mm³ uniquement comme moyen de prévenir la tuberculose a été discuté et il fut convenu que cela dépassait le cadre du groupe de mise à jour de la politique concernant les activités conjointes tuberculose/VIH et la portée du présent document. La rareté des informations sur les questions de faisabilité, d'équité, de coûts et sur les facteurs liés au patient rend impossible l'ajout d'une recommandation spécifique dans le présente politique. Tout en abordant les domaines qui nécessitent un complément de recherche, le groupe recommande que la prochaine révision des directives de l'OMS sur le traitement antirétroviral traite spécifiquement de cette question compte tenu de ses effets sur la réduction du risque de tuberculose et d'autres affections cliniques.

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

Recommandations

1. Les programmes de lutte anti-VIH et les programmes de lutte antituberculeuse doivent orienter leur gestion, aux niveaux national et infranational, pour mettre en place des mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs.
2. Chaque service de santé et établissement collectif doit avoir son propre plan de lutte contre l'infection tuberculeuse, de préférence intégré dans un plan global de lutte anti-infectieuse et soutenu par toutes les partenaires. Ce plan doit prévoir la surveillance de la tuberculose parmi les agents de santé ainsi que des mesures administratives, environnementales et de protection personnelle en vue de réduire la transmission de la tuberculose dans les services de santé et les établissements collectifs.
3. Le personnel soignant, les agents de santé dans la communauté et les prestataires de soins vivant avec le VIH doivent bénéficier d'un traitement antirétroviral et d'un traitement préventif à l'isoniazide lorsqu'ils sont médicalement éligibles. Par ailleurs, la possibilité de travailler dans des services de soins cliniques où ils seraient moins exposés au risque de transmission de la tuberculose doit leur être offerte.

Dans les services de santé et les établissements collectifs où des personnes tuberculeuses et séropositives pour le VIH vivent souvent en promiscuité, le risque d'infection tuberculeuse se trouve accru. Le VIH favorise la progression vers le stade évolutif de la tuberculose, tant chez les personnes récemment infectées que chez celles atteintes d'une infection latente par *Mycobacterium tuberculosis*. Les données scientifiques ont démontré qu'il y avait un risque accru de tuberculose, exacerbé par l'épidémie de VIH, parmi les agents de santé, les étudiants en médecine et les élèves en soins infirmiers en contact avec des patients (55), les détenus (29) et les membres de forces armées dans les casernes (56). Il est donc crucial de favoriser l'accès de ces agents de santé et de tous ceux qui travaillent dans les établissements collectifs aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement contre le VIH et la tuberculose (57).

La mise en place des mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse exige le déploiement d'activités de gestion, aux niveaux national et infranational et dans les établissements, qui comprennent la création d'organes de coordination à tous les niveaux ; l'élaboration d'un plan, de préférence intégré dans un plan global de lutte anti-infectieuse ; la conception et l'utilisation judicieuse des établissements de santé ; la surveillance de la tuberculose parmi les agents de santé ; une stratégie de plaidoyer et de communication ; des opérations de suivi et d'évaluation et enfin la recherche opérationnelle (58).

Dans les établissements, les mesures qui visent à réduire la transmission de la tuberculose recouvrent des contrôles administratifs et environnementaux et la protection personnelle dans le but de réduire l'exposition à *M. tuberculosis* des agents de santé, du personnel des centres de détention, des membres de la police et de toute autre personne vivant ou travaillant dans un établissement collectif. Les contrôles administratifs consistent à effectuer le triage des personnes présentant des symptômes de tuberculose, à isoler les cas infectieux, à maîtriser la propagation d'agents pathogènes (règles à suivre lorsqu'on tousse et hygiène respiratoire), à poser un diagnostic rapide, à commencer très rapidement un traitement antituberculeux et à réduire les hospitalisations. Les mesures environnementales consistent à augmenter au maximum les systèmes de ventilation (naturelle ou mécanique) et à utiliser le pouvoir germicide des rayonnements ultraviolets (le cas échéant). Les interventions relatives à la protection personnelle consistent à remettre aux agents de santé des respirateurs et à leur dispenser des services complets de prévention, traitement et soins, et notamment l'administration d'un traitement antirétroviral et d'un traitement préventif à l'isoniazide pour les agents de santé qui vivent avec le VIH. Les agents de santé doivent également avoir accès à des services de dépistage du VIH acceptables, confidentiels et de qualité. Ceux qui vivent avec le VIH doivent bénéficier d'une thérapie antirétrovirale mais même avec une réponse satisfaisante au traitement, ils restent très exposés au risque de tuberculose. Il convient donc d'envisager leur transfert vers des postes cliniques qui présentent moins de risques de transmission de la tuberculose et de les dépister régulièrement pour la tuberculose. De même, les agents de santé atteints de tuberculose évolutive doivent être transférés pour les tenir éloignés des établissements de soins anti-VIH. Les patients et leurs communautés doivent être formés à la transmission de la tuberculose, à la lutte anti-infectieuse et aux règles à suivre en cas de toux, en vue de réduire le risque de transmission de la tuberculose 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

Recommandations

1. Le dépistage systématique du VIH doit être proposé à tous les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux (*forte recommandation, faible qualité des données*)
2. Les partenaires de patients tuberculeux dont la séropositivité pour le VIH est positive doivent se voir proposer un dépistage volontaire du VIH et des services de conseil avec information mutuelle (*forte recommandation pour toutes les personnes infectées par le VIH dans tous les pays confrontés à une épidémie généralisée de VIH*)
3. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent intégrer le conseil et le dépistage du VIH dans leurs opérations et dans les services de routine.

La plupart des personnes qui vivent avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique et s'adressent à des services de santé généraux pour obtenir des soins. Les services de dépistage du VIH et de conseil proposés aux personnes présumées ou diagnostiquées tuberculeuses constituent un point d'accès à tout un éventail de services de prévention, soins, accompagnement et traitement du VIH et de la tuberculose. Les données obtenues à l'issue d'observations montrent que le dépistage du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux et leurs contacts permet de diagnostiquer un nombre élevé de nouveaux cas d'infection à VIH, puisque la prévalence du VIH y est plus élevée que parmi la population adulte globale (voir l'Annexe 2 sur l'extraction et l'évaluation de la qualité des données et sur la force des recommandations). Le nombre de cas d'infection à VIH dépistés chez les patients tuberculeux varie fortement (de 6,3 % à 77 %). Des études réalisées en Afrique sub-saharienne ont montré que le dépistage du VIH chez les cas présumés tuberculeux mais dont la tuberculose évolutive n'est pas confirmée, permettrait aussi d'obtenir de nombreux diagnostics VIH-positifs (59, 60). Une étude menée en Thaïlande a fait apparaître un taux d'acceptation du dépistage du VIH de 74 % parmi les contacts de patients tuberculeux et une prévalence plus élevée du VIH parmi les contacts de cas de tuberculose VIH-positifs (13,8 %), comparé aux contacts de cas de tuberculose VIH-négatifs (2,5 %) (61). Le conseil et le dépistage volontaires du VIH proposés aux partenaires sexuels et aux partenaires qui partagent les mêmes aiguilles en cas de toxicomanie, avec révélation du statut sérologique VIH et accompagnement mutuel, peuvent également contribuer à améliorer l'observance du traitement antirétroviral, pour le bénéfice de la personne infectée et de ses partenaires, indépendamment de leur statut sérologique pour le VIH (62).

Malgré la faible qualité des données scientifiques, le groupe de mise à jour de la politique recommande fortement de réaliser des tests systématiques de dépistage du VIH et d'offrir des conseils à tous les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux vu le bénéfice accru pour le patient, ses partenaires, sa famille et, plus largement, sa communauté. Les tests de dépistage doivent être disponibles et volontaires, et il est important d'obtenir le consentement éclairé des intéressés et de protéger la confidentialité des résultats. Par ailleurs, les patients tuberculeux qui risquent de se trouver nouvellement exposés au VIH ou exposés à un risque plus élevé d'infection à VIH et pour lesquels le résultat du test est négatif doivent être à nouveau dépistés quatre semaines suivant le test initial (63). Des algorithmes établis en fonction de l'âge doivent être préparés pour dépister le VIH chez les jeunes enfants et le dépistage du VIH doit être axé sur la famille et sur l'enfant (64). Toutes les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic d'infection à VIH doivent se voir offrir des services de prévention, diagnostic, soins et traitement du VIH, y compris un traitement antirétroviral. Ces services doivent être offerts par les programmes de lutte antituberculeuse ou à l'occasion d'une référence vers les services anti-VIH.

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

Recommandations

1. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent mettre en œuvre des stratégies globales de prévention du VIH pour leurs patients et leurs partenaires, en visant la transmission sexuelle, parentérale ou verticale ou doivent référer aux programmes de lutte contre le VIH pour mettre en place ces méthodes de prévention.
2. Les programmes de lutte anti-VIH et les programmes de lutte antituberculeuse doivent mettre en place des procédures pour assurer le conseil et le dépistage volontaires, acceptables et confidentiels du VIH pour les agents de santé et pour réduire l'exposition aux risques d'infections à VIH professionnelles ou nosocomiales dans leurs services.
3. Tous les membres du personnel travaillant auprès de cas de tuberculose présomptifs ou confirmés, de personnes vivant avec le VIH ou de consommateurs de drogues doivent être capables d'évaluer les facteurs de risque d'infection à VIH et de transmission du VIH et doivent fournir des informations et des services complets à leurs clients en vue de réduire leurs risques d'infection.
4. Les programmes de lutte anti-VIH et les programmes de lutte antituberculeuse doivent collaborer avec les programmes de réduction du risque pour garantir l'accès universel aux services de prévention, diagnostic, soins et traitement de la tuberculose et du VIH et aux services de traitement de la toxicomanie, notamment par les thérapies de substitution aux opioïdes, en adoptant pour les consommateurs de drogues une approche holistique de la personne, en vue d'optimiser l'accès aux soins et l'observance du traitement, autant que possible au même endroit.
5. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent veiller à la prévention de la transmission verticale du VIH en orientant toutes les femmes enceintes VIH-positives qui consultent les services antituberculeux vers les services qui assurent la prévention de la transmission verticale du VIH pour qu'elles reçoivent, le cas échéant, un traitement antirétroviral ou prophylactique.

La prévention du VIH consiste en interventions qui visent à (i) prévenir la transmission sexuelle en encourageant par exemple l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, la circoncision masculine, le dépistage du VIH et les conseils dispensés notamment aux couples, la mise en route précoce d'un traitement antirétroviral conformément aux directives de l'OMS ; (ii) prévenir la transmission due au partage de matériel d'injection contaminé entre consommateurs de drogues injectables ; opérations combinées à (iii) des interventions visant à modifier les comportements et à empêcher l'abus nocif d'alcool et l'usage d'autres substances psychotropes (3).

Les services de prévention du VIH recouvrent également la prévention de la transmission verticale du VIH, par deux approches principales (65). Les femmes infectées par le VIH, y compris les femmes enceintes, dont le taux de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³ indépendamment du stade clinique défini par l'OMS, ou en stade clinique 3 ou 4 indépendamment du nombre de CD4, doivent commencer un traitement antirétroviral à vie pour leur propre santé, ce qui est également sûr et efficace pour réduire la transmission verticale. Pour les femmes enceintes infectées par le VIH qui n'ont pas besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé, il convient d'administrer un traitement prophylactique constitué de trois antirétroviraux ou d'une association de zidovudine et de lamivudine pour prévenir la transmission du VIH et ce traitement doit être poursuivi pendant une semaine après la fin de l'allaitement (65).

Dans les pays d'Afrique sub-saharienne confrontés à une prévalence du VIH très élevée et où le taux de circoncision masculine est faible, une circoncision masculine médicale chez les hommes VIH-négatifs est également recommandée, combinée au conseil et au dépistage du VIH, et à la promotion de l'usage régulier du préservatif (3).

Dans les établissements de santé, la transmission du VIH peut être prévenue grâce à des mesures de prévention primaires telles que les précautions standards, la sécurité des injections, la sécurité transfusionnelle, et l'évacuation sans risque des déchets médicaux. Elle peut être prévenue également grâce à des mesures de prévention secondaires telles que la prophylaxie post-exposition professionnelle.

Parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, il convient de mettre en œuvre un programme exhaustif de réduction des risques, comme le libre accès à du matériel d'injection stérile, la thérapie de substitution aux opioïdes et les services de proximité en vue de réduire le risque de transmission du VIH et d'autres effets préjudiciables à la santé des consommateurs de drogues injectables (66).

L'analyse des données scientifiques a montré que les méthodes de prévention du VIH telles que le conseil et le dépistage volontaires, la prévention de la transmission verticale du VIH et la distribution de préservatifs sont d'un bon rapport coût-efficacité (22, 67). Les interventions de prévention du VIH par les programmes de lutte antituberculeuse ou le système de référence réussie des patients vers les programmes de lutte anti-VIH ont été mises en œuvre avec succès dans de nombreux pays (68, 69). On a pu démontrer qu'un meilleur traitement des infections sexuellement transmissibles permettait de réduire l'incidence du VIH dans les contextes d'épidémie du VIH émergente (70). Des essais randomisés réalisés dans des zones où la prévalence du VIH est élevée ont montré que la circoncision masculine réduisait jusqu'à 60 % chez les hommes le risque d'infection à VIH transmise à l'occasion de rapports hétérosexuels (71). Des examens systématiques ont démontré l'efficacité des interventions comportementales qui ciblent des sujets VIH-positifs dans des pays aux ressources limitées, en particulier parmi les couples sérodiscordants pour le VIH (72). Des méta-analyses d'essais contrôlés randomisés et d'études réalisées auprès de communautés confirment l'intérêt des traitements antirétroviraux pour la prévention du VIH chez les couples hétérosexuels sérodiscordants pour le VIH (73, 74).

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

Recommandation

Le traitement préventif systématique au cotrimoxazole doit être administré à tous les patients infectés par le VIH et souffrant d'une tuberculose évolutive, indépendamment de leurs taux de CD4 (forte recommandation, qualité élevée des données)

Le cotrimoxazole administré en traitement préventif est un antimicrobien à large spectre qui permet d'éviter différentes infections secondaires bactériennes et parasitaires chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH. Il convient d'administrer un traitement préventif au cotrimoxazole aux patients tuberculeux VIH-positifs et ce traitement devrait faire partie intégrante de l'ensemble des soins chroniques anti-VIH. Le traitement préventif au cotrimoxazole est une intervention simple, bien tolérée et économiquement efficace chez les personnes vivant avec le VIH et il peut être administré parallèlement au traitement antirétroviral. Les données probantes issues d'essais contrôlés randomisés, notamment dans les zones où l'on constate des niveaux élevés de résistance aux antibiotiques, ont fait apparaître une baisse de la mortalité, de la morbidité et des hospitalisations, sans augmentation significative des événements indésirables parmi les patients tuberculeux à frottis positif infectés par le VIH, indépendamment du taux de CD4 (75, 76) (voir l'Annexe 3 qui traite de l'extraction des informations, de l'évaluation de leur qualité et de la force de la recommandation). D'autres essais non randomisés et des études opérationnelles ont montré que le traitement préventif au cotrimoxazole était réalisable (77, 78) et sans risque et qu'il permettait une baisse des taux de mortalité chez les patients tuberculeux (77, 79). Par ailleurs, la prophylaxie par le cotrimoxazole n'a pas sélectionné de plasmodium résistants à l'association sulfadoxine-pyriméthamine chez les sujets VIH-négatifs qui vivent dans le même foyer que des personnes VIH-positives recevant ce traitement, et elle a réduit le nombre d'épisodes de malaria parmi les membres de ces ménages (80).

C'est pourquoi le groupe de mise à jour de la politique recommande fermement d'administrer systématiquement le traitement préventif au cotrimoxazole à tous les patients infectés par le VIH et souffrant de tuberculose évolutive, indépendamment du taux de CD4. De plus, les programmes de lutte anti-VIH et de lutte antituberculeuse doivent instaurer un système pour fournir le traitement préventif au cotrimoxazole à toutes les personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose évolutive.

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

Recommandations

1. Toutes les personnes vivant avec le VIH et diagnostiquées tuberculeuses doivent bénéficier de services intégrés de prévention, diagnostic, soins et traitement de la tuberculose et du VIH.
2. Les programmes de lutte anti-VIH et les programmes de lutte antituberculeuse doivent assurer l'accès à une continuité de services complets et intégrés de prévention, soins et traitement aux personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antituberculeux ou l'ont terminé.

Il convient d'offrir à toutes les personnes vivant avec le VIH un ensemble complet de services de prévention, diagnostic, soins et traitement (continuum de soins), de préférence bien avant que le traitement antirétroviral ne devienne nécessaire.

Les soins dispensés avant un traitement antirétroviral comprennent notamment l'évaluation régulière des stades cliniques et immunologiques de l'infection, les mesures de prophylactiques et les soins contre les infections opportunistes, la préparation à l'observance du traitement antirétroviral, l'accompagnement nutritionnel, la fourniture d'eau saine et de moyens d'assainissement et d'hygiène, l'accompagnement psychologique et social et enfin la prévention et la prise en charge des troubles mentaux, liés en particulier à la consommation d'alcool et autres substances. Il est essentiel également d'informer les personnes vivant déjà avec le VIH sur méthodes de prévention pour prévenir une transmission par inadvertance du virus (« prévention positive » ou « prévention auprès des personnes vivant avec le VIH »).

Une continuum de soins doit également être dispensé aux personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antituberculeux ou l'ont terminé soit dans services intégrés ou par un système de référence renforcé. Les données scientifiques ont montré que le fait d'associer les services de prévention, diagnostic, traitement et soins de la tuberculose et du VIH pouvait créer des synergies, renforcer les deux programmes et étendre ces interventions aux patients tuberculeux infectés par le VIH (10).

Une attention particulière doit être accordée aux patients gravement malades (par exemple aux cas de tuberculose multirésistante ou ultrarésistante). Des soins palliatifs, chroniques ou terminaux, selon le cas, doivent être proposés pour que les patients et leurs familles continuent de vivre sans trop de souffrance et sans perdre leur dignité, même lorsque l'on a épuisé tous les recours aux traitements curatifs disponibles (81).

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

Recommandations

1. Il convient de commencer le traitement antirétroviral chez tous les patients tuberculeux vivant avec le VIH, quel que soit le taux de CD4 (*forte recommandation, faible qualité des données*).
2. Il faut commencer en premier lieu le traitement antituberculeux, suivi dès que possible par le traitement antirétroviral au cours des huit premières semaines de traitement (*forte recommandation, qualité moyenne des données*). Les patients souffrant de déficience immunitaire profonde (par exemple lorsque le taux de CD4 est inférieure à 50 cellules/mm³) doivent être mis sous traitement antirétroviral dans les plus brefs délais, à savoir dans les deux premières semaines qui suivent le début du traitement antituberculeux.
3. Il convient d'utiliser l'éfavirenz comme inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse chez les patients commençant un traitement antirétroviral et sous traitement antituberculeux (*forte recommandation, qualité élevée des données*).

Le traitement antirétroviral améliore notablement la qualité de vie et prolonge considérablement la survie des patients tuberculeux vivant avec le VIH, évite la transmission du VIH et doit être considéré comme une composante de la prévention et du traitement du VIH et de la tuberculose. La facilité d'accès à un traitement antirétroviral peut également inciter les gens à se soumettre à un test de dépistage du VIH. Les programmes de lutte anti-VIH et les programmes de lutte antituberculeuse doivent faire en sorte que les patients tuberculeux et séropositifs pour le VIH soient mis sous traitement antirétroviral le plus tôt possible, de préférence dans le cadre de services intégrés ou dans des centres de la tuberculose. La référence vers les services anti-VIH reste une solution mais dépend de systèmes de référence fonctionnels et de la capacité du patient à assumer les coûts liés au transport et ou à la perte de salaire. Les programmes de lutte anti-VIH et les programmes de lutte antituberculeuse doivent collaborer pour que tous les patients tuberculeux vivant avec le VIH soient assurés de bénéficier d'un traitement antirétroviral dans des services les plus décentralisés possible.

Des études d'observation menées à la fois dans des pays aux ressources limitées et dans des pays à revenu élevé ont montré qu'un traitement antirétroviral était associé à des baisses significatives du risque de mortalité (entre 54 % et 95 %) (48). Les données issues d'essais contrôlés randomisés montrent qu'une mise précoce sous traitement antirétroviral pendant un traitement antituberculeux entraîne une réduction des taux de mortalité, en particulier chez les patients profondément immunodéprimés (taux de CD4 <50 cellules/mm³). L'essai CAMELIA réalisé au Cambodge sur 661 patients tuberculeux infectés par le VIH, avec un taux médian de CD4 de 25 cellules/mm³ a montré une baisse de la mortalité de 34 % lorsque le sujet est mis sous traitement antirétroviral deux semaines après le début du traitement antituberculeux (au lieu de huit semaines) (82). Les essais STRIDE et SAPIT ont donné des résultats similaires à savoir une diminution du nombre de décès et d'infections opportunistes liés au sida, respectivement de 42 % et de 68 %, grâce à l'association précoce du traitement antirétroviral et du traitement antituberculeux, en particulier lorsque les sujets présentent un taux de CD4 inférieur à 50 cellules/mm³ (83, 84). Compte tenu de ces trois essais, le traitement antirétroviral doit être entrepris d'urgence (dans les deux semaines après le début du traitement antituberculeux) lorsque les patients tuberculeux présentent un taux de CD4 inférieur à 50 cellules/mm³, et le plus tôt possible dans les autres cas. Il convient de rester prudent lorsqu'un sujet séropositif pour le VIH souffre d'une méningite tuberculeuse car on a constaté

de façon significative des effets secondaires indésirables plus graves après une mise immédiate sous traitement antirétroviral, comparé à une mise sous traitement antirétroviral deux mois après le début du traitement antituberculeux (85).

Les patients doivent être suivis de près pour évaluer la survenue d'effets secondaires liés au co-traitement et la survenue du syndrome inflammatoire de restauration immunitaire (IRIS) associé à la tuberculose, fréquent chez les patients tuberculeux commençant un traitement antirétroviral mais qui se résorbe généralement spontanément. Les partenaires et prestataires de services VIH devraient mettre en place un mécanisme permettant à toute personne vivant avec le VIH de recevoir un traitement antituberculeux doublé d'un traitement antirétroviral, en mettant l'accent sur des soins intégrés et centrés sur le patient. La mise précoce sous traitement antirétroviral est recommandée également dans le cas des patients tuberculeux vivant avec le VIH qui suivent un protocole thérapeutique de deuxième intention contre une tuberculose pharmacorésistante.

La rifampicine réduit l'effet thérapeutique des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et des inhibiteurs de la protéase par son effet d'induction enzymatique du cytochrome P450 au niveau du foie. Un essai contrôlé randomisé réalisé en Thaïlande a comparé les traitements antirétroviraux à l'éfavirenz et à la névirapine administrés à des patients tuberculeux infectés par le VIH et recevant de la rifampicine. Cet essai a montré qu'aux doses normales, l'éfavirenz et la névirapine ont joué leur rôle de suppresseurs de la charge virale (86). Toutefois, les conclusions de plusieurs études d'observation divergent quant à l'efficacité, l'innocuité et la tolérabilité de l'éfavirenz et de la névirapine lorsqu'ils sont administrés avec de la rifampicine (87, 88). Lorsque la rifampicine est administrée avec des inhibiteurs de la protéase, on observe une grande variation dans leurs concentrations plasmatiques, essentiellement sub-thérapeutiques, même en présence de doses renforcées de ritonavir (89). La rifabutine, citée dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels, est un inducteur moins puissant du cytochrome P450 et peut être utilisée chez les patients qui suivent un traitement antirétroviral contenant un inhibiteur de la protéase.

4. Cibles nationales pour déployer à plus grande échelle les activités conjointes tuberculose/VIH

Recommandation

Les pays mettant en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH doivent déterminer un processus qui leur soit spécifique et se fixer des cibles pour déployer ces activités à plus grande échelle et atteindre ainsi les objectifs du Millénaire pour le développement.

Les activités conjointes tuberculose/VIH doivent être déployées à l'échelle nationale pour atteindre les cibles fixées dans le Plan mondial Halte à la tuberculose (90) et les objectifs concernant l'accès universel, fixés par la communauté de lutte contre le VIH (91). Ces cibles correspondent aux objectifs du Millénaire pour le développement qui visent la réduction de la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et l'accès universel au traitement anti-VIH à quiconque en a besoin.

L'expérience et les meilleures pratiques des pays qui ont été les premiers à déployer les activités conjointes tuberculose/VIH à l'échelle nationale, ont permis d'identifier les instruments de ce déploiement (92). Il est indispensable d'assortir les activités conjointes tuberculose/VIH de dates butoirs au niveau du pays, de la région, du district et des établissements de santé, par un large processus participatif (c'est-à-dire par l'intermédiaire des organes de coordination tuberculose/VIH). Cela permet le déploiement rapide des activités et leur suivi, et favorise la mobilisation des volontés politiques de la part des programmes de lutte anti-VIH, des programmes de lutte antituberculeuse et autres partenaires. Il est essentiel également de créer un environnement favorable à l'élaboration de politiques, de directives opérationnelles, de manuels de formation et de protocoles conformes aux principes directeurs internationaux. Il est important d'étendre le dépistage du VIH dans les établissements de santé en aidant le personnel soignant des services tuberculose à dépister le VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux et dans les communautés pour déployer plus largement les activités dans les pays où le VIH est prévalent. De même, dans le cadre de la démarche de santé publique qui vise à étendre le traitement antirétroviral, tous les efforts doivent être mis en œuvre pour accélérer l'extension du traitement antirétroviral, notamment en utilisant les ressources des services antituberculeux très décentralisés. Il est crucial de garantir l'approvisionnement ininterrompu des tests rapides de dépistage VIH, des médicaments antituberculeux et antirétroviraux et d'autres biens nécessaires au traitement contre le VIH et la tuberculose. Un autre facteur important est l'utilisation des formats de notification et d'enregistrement qui rendent compte des activités conjointes tuberculose/VIH en introduisant des informations sur la tuberculose dans les registres du VIH et des informations sur le VIH dans les registres de la tuberculose. Pour finir, il est extrêmement important de fournir les informations démontrant la progression de la mise en œuvre et de l'exécution des programmes, ainsi que des meilleures pratiques dans les pays pour étayer et orienter les recommandations politiques nationales et internationales.

5. Références bibliographiques

1. *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*, 1ère édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
2. *The Stop TB strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2006.
3. *Interventions prioritaires : prévention, traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
4. *The treatment 2.0 framework for action: catalysing the next phase of treatment, care and support*. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2011.
5. *Report of a "lessons learnt" workshop on the six proTEST pilot projects in Malawi, South Africa and Zambia*. Geneva, World Health Organization, 2004.
6. Okot-Chono R et al. Health system barriers affecting the implementation of collaborative TB-HIV services in Uganda. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2009,13(8):955–961.
7. *Tuberculose : lignes directrices relatives à la surveillance de la pharmacorésistance*, 4ème édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
8. *Tuberculosis prevalence surveys: a handbook*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
9. *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
10. Legido-Quigley H et al. *Integrating tuberculosis and HIV services in low- and middle-income countries: a systematic review* [background paper]. Montreux, First Global Symposium on health systems research, 2010.
11. Lignes directrices pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
12. Bygrave H, Trivino L, Makakole L. *TB/HIV integration: lessons learned from implementation of a TB/HIV "one stop shop" at primary health care clinics in rural Lesotho*. Vienna, 18th International AIDS Conference, 2010.
13. Brown C et al. *TB and HIV service integration within a South African primary health care setting reduces the time to ART initiation without negatively impacting TB outcomes*. Boston, 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 2011.
14. *Management of collaborative TB/HIV activities: training for managers at the national and subnational levels*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Datiko DG, Lindtjorn B. Health extension workers improve tuberculosis case detection and treatment success in southern Ethiopia: a community randomized trial. *PLoS ONE*, 2009, 4(5):e5443.
16. Corbett EL et al. Comparison of two active case-finding strategies for community-based diagnosis of symptomatic smear-positive tuberculosis and control of infectious tuberculosis in Harare, Zimbabwe (DETECTB): a cluster-randomised trial. *Lancet*, 2010, 376(9748):1244–1253.
17. Lugada E et al. Comparison of home and clinic-based HIV testing among household members of persons taking antiretroviral therapy in Uganda: results from a randomized trial. *JAIDS*, 2010, 55(2):245–52.
18. Miti S et al. Integration of tuberculosis treatment in a community-based home care programme for persons living with HIV/AIDS in Ndola, Zambia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7(9 Suppl 1):S92–98.
19. Wandwalo E et al. Collaboration between the national tuberculosis programme and a non governmental organisation in TB/HIV care at a district level: experience from Tanzania. *African Health Sciences*, 2004, 4(2):109–114.
20. Sinanovic E et al. Cost and cost-effectiveness of community-based care for tuberculosis in Cape Town, South Africa. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7(9 Suppl 1):S56–62.
21. Okello D et al. Cost and cost-effectiveness of community-based care for tuberculosis patients in rural Uganda. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7(9 Suppl 1):S72–9.
22. Creese A et al. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet*, 2002 359(9318):1635–1643.
23. *Promoting the implementation of collaborative TB/HIV activities through public-private mix and partnerships: report of a WHO consultation 27–28 February 2008 WHO headquarters, Geneva, Switzerland Organization*. Geneva, World Health Organization, 2008.

24. Kali PB et al. Combining PMTCT with active case finding for tuberculosis. *JAIDS*, 2006, 42(3):379–381.
25. Gupta A et al. Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *Journal of Infectious Diseases*, 2011, 203(3):358–363.
26. Swaminathan S, Rekha B. Pediatric tuberculosis: global overview and challenges. *Clinical Infectious Diseases*, 2010, 50 Suppl 3:S184–194.
27. Revised BCG vaccination guidelines for infants at risk for HIV infection. *Weekly Epidemiological Record*, 2007, 82:193–196.
28. *Guidance for national tuberculosis and HIV programmes on the management of tuberculosis in HIV-infected children: recommendations for a public health approach*. Paris, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010.
29. Getahun H et al. HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response. *Clinical Infectious Diseases*, 2010, 50 Suppl 3:S201–207.
30. Sculier D, Getahun H, Lienhardt C. Improving the prevention, diagnosis and treatment of TB among people living with HIV: the role of operational research. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14(Suppl 1):S5.
31. *Questions prioritaires de recherche sur la co-infection tuberculose/VIH dans les pays prévalents pour le VIH et disposant de ressources limitées*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
32. *Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
33. *Three interlinked patient monitoring systems for HIV care/ART, MCH/PMTCT, and TB/HIV: standardized minimum data set and illustrative tools*. Geneva, World Health Organization, 2010.
34. Martinot A et al. Baseline assessment of collaborative tuberculosis/HIV activities in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. *Tropical Doctor*, 2008, 38(3):137–141.
35. Gunneberg C et al. Global monitoring of collaborative TB-HIV activities. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2008, 12(3 Suppl 1):2–7.
36. Ayles H et al. Prevalence of tuberculosis, HIV and respiratory symptoms in two Zambian communities: implications for tuberculosis control in the era of HIV. *PLoS ONE*, 2009, 4(5):e5602.
37. Wood R et al. Undiagnosed tuberculosis in a community with high HIV prevalence: implications for tuberculosis control. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175(1):87–93.
38. Getahun H et al. Development of a standardized screening rule for tuberculosis in people living with HIV in resource-constrained settings: individual participant data meta-analysis of observational studies. *PLoS Medicine*, 2011, 8(1).
39. *Améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire à frottis négatif ou extrapulmonaire chez l'adulte et l'adolescent : recommandations à l'intention des pays de prévalence du VIH et disposant de ressources limitées*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
40. *Roadmap for rolling out Xpert MTB/RIF for rapid diagnosis of TB and MDR-TB*. Geneva, World Health Organization, 2010.
41. *Treatment of tuberculosis: guidelines*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
42. *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : recommandations pour une approche de santé publique, mise à jour 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
43. Akolo C et al. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. *Cochrane Reviews*, 2010(1):CD000171.
44. Charalambous S et al. Association of isoniazid preventive therapy with lower early mortality in individuals on antiretroviral therapy in a workplace programme. *AIDS*, 2010, 24(Suppl 5):S5–13.
45. Durovni B et al. Impact of tuberculosis screening and isoniazid preventive therapy on incidence of TB and death in the TB/HIV in Rio de Janeiro (THrio) study. Rome, 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 2011.
46. Samandari T et al. 6-month versus 36-month isoniazid preventive treatment for tuberculosis in adults with HIV infection in Botswana: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 2011, 377(9777):1588–1598.
47. Martinson NA et al. New regimens to prevent tuberculosis in adults with HIV infection. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365(1):11–20.
48. Lawn SD, Kranzer K, Wood R. Antiretroviral therapy for control of the HIV-associated tuberculosis epidemic in resource-limited settings. *Clinics in Chest Medicine*. 2009, 30(4):685–699.
49. Middelkoop K et al. Antiretroviral Therapy and TB Notification Rates in a High HIV Prevalence South African Community. *JAIDS*, 2011, 56(3):263–269.

50. Miranda A et al. Impact of antiretroviral therapy on the incidence of tuberculosis: the Brazilian experience, 1995–2001. *PLoS ONE*, 2007, 2(9):e826.
51. Golub JE et al. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*. 2007, 21(11):1441–1448.
52. Golub JE et al. Isoniazid preventive therapy, HAART and tuberculosis risk in HIV-infected adults in South Africa: a prospective cohort. *AIDS*, 2009, 23(5):631–636.
53. Golub JE et al. Long-term effectiveness of diagnosing and treating latent tuberculosis infection in a cohort of HIV-infected and at-risk injection drug users. *JAIDS*, 2008, 49(5):532–537.
54. Williams BG et al. Antiretroviral therapy for tuberculosis control in nine African countries. *PNAS*, 2010, Oct 25 (doi: 10.1073/pnas.1005660107).
55. Joshi R et al. Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Medicine*. 2006, 3(12):e494.
56. Miles SH. HIV in insurgency forces in sub-Saharan Africa: a personal view of policies. *International Journal of STD & AIDS*. 2003, 14(3):174–178.
57. *Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention and care services for HIV and TB*. Geneva, World Health Organization, 2010.
58. *Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
59. Odhiambo J et al. Provider-initiated HIV testing and counselling for TB patients and suspects in Nairobi, Kenya. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2008, 12(3 Suppl 1):63–68.
60. Srikantiah P et al. Elevated HIV seroprevalence and risk behavior among Ugandan TB suspects: implications for HIV testing and prevention. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11(2):168–174.
61. Suggaravetsiri P et al. Integrated counseling and screening for tuberculosis and HIV among household contacts of tuberculosis patients in an endemic area of HIV infection: Chiang Rai, Thailand. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003, 7(12 Suppl 3):S424–431.
62. *Guidelines for couples HIV testing and counselling*. Geneva, World Health Organization [in press], 2012.
63. *Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
64. *Policy requirements for HIV testing and counselling of infants and young children in health facilities*. Geneva, World Health Organization 2010.
65. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2010.
66. *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach*. Geneva, World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008.
67. Hogan DR et al. Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. *BMJ*, 2005, 331(7530):1431–1437.
68. Shetty PV et al. Cross-referral between voluntary HIV counselling and testing centres and TB services, Maharashtra, India, 2003-2004. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2008, 12(3 Suppl 1):26–31.
69. Gasana M et al. Integrating tuberculosis and HIV care in rural Rwanda. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2008, 12(3 Suppl 1):39–43.
70. Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Reviews*, 2004(2):CD001220.
71. Newell ML, Barnighausen T. Male circumcision to cut HIV risk in the general population. *Lancet*, 2007, 369(9562):617–619.
72. Kennedy CE et al. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88(8):615–623.
73. Attia S et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 2009, 23(11):1397–1404.

74. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365(6):493–505.
75. Nunn AJ et al. Role of co-trimoxazole prophylaxis in reducing mortality in HIV infected adults being treated for tuberculosis: randomised clinical trial. *BMJ*, 2008, 337:a257.
76. Wiktor SZ et al. Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease morbidity and mortality in HIV-1-infected patients with tuberculosis in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353(9163):1469–1475.
77. Zachariah R et al. Voluntary counselling, HIV testing and sexual behaviour among patients with tuberculosis in a rural district of Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7(1):65–71.
78. Chimzizi RB et al. Counselling, HIV testing and adjunctive cotrimoxazole for TB patients in Malawi: from research to routine implementation. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8(8):938–944.
79. Mwaungulu FB et al. Le traitement préventif par le cotrimoxazole réduit la mortalité chez les patients tuberculeux positifs pour le virus de l'immunodéficience humaine dans le district de Karonga, Malawi. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82(5):354–363.
80. Malamba SS et al. Effect of cotrimoxazole prophylaxis taken by human immunodeficiency virus (HIV)-infected persons on the selection of sulfadoxine-pyrimethamine-resistant malaria parasites among HIV-uninfected household members. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2006, 75(3):375–380.
81. *Orientations sur l'éthique en matière de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
82. Blanc FX et al. Earlier versus later start of antiretroviral therapy in HIV-infected adults with tuberculosis. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365(16):1471–1481.
83. Havlir D et al. Timing of antiretroviral therapy for HIV-1 infection and tuberculosis. *N Engl J Med*. 2011 Oct 20;365(16):1482-91.
84. Abdool Karim SN et al. Integration of antiretroviral therapy with tuberculosis treatment. *N Engl J Med*. 2011 Oct 20;365(16):1492-501.
85. Torok ME et al. Timing of initiation of antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus (HIV)-associated tuberculous meningitis. *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52(11):1374–1383.
86. Manosuthi W et al. A randomized trial comparing plasma drug concentrations and efficacies between 2 nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor-based regimens in HIV-infected patients receiving rifampicin: the N2R study. *Clinical Infectious Diseases*, 2009, 48(12):1752–1759.
87. Boulle A et al. Outcomes of nevirapine- and efavirenz-based antiretroviral therapy when coadministered with rifampicin-based antitubercular therapy. *JAMA*, 2008, 300(5):530–539.
88. Shipton LK et al. Safety and efficacy of nevirapine- and efavirenz-based antiretroviral treatment in adults treated for TB-HIV co-infection in Botswana. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2009, 13(3):360–366.
89. Nijland HM et al. High incidence of adverse events in healthy volunteers receiving rifampicin and adjusted doses of lopinavir/ritonavir tablets. *AIDS*, 2008, 22(8):931–935.
90. *The Global Plan to Stop TB 2011–2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis*. Geneva, World Health Organization and Stop TB Partnership, 2010.
91. *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé*. Rapport de situation 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé et partenariat Halte à la tuberculose, 2010.
92. Getahun H, Scano, F, Nunn P. Implementation of collaborative tuberculosis/HIV activities: policy and programme issues. In: Schaaf HS et al. *Tuberculosis: a comprehensive clinical reference*. Philadelphia, Saunders/Elsevier, 2009.



Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Organisation Mondiale de la Santé
20 Avenue Appia CH-1211 Genève 27 Suisse
Département Halte à la tuberculose
Courriel : tbdocs@who.int
Site internet : www.who.int/tb

Département VIH/SIDA
Courriel : hiv-aids@who.int
Site Internet: <http://www.who.int/hiv/pub/en/>

9789242503005



9 789242 503005