

# Traitement de la tuberculose avec prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH

**P**RISE EN **C**HARGE  
INTÉGRÉE DES **M**ALADIES  
DE L'**A**DOLESCENT  
ET DE L'**A**DULTE  
(**PCIMAA**)



Organisation  
mondiale de la Santé



## **Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:**

Traitement de la tuberculose avec prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH : prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA).

"WHO/HTM/HIV/2007.01".

"WHO/HTM/TB/2007.380".

1.Tuberculose pulmonaire - diagnostic. 2.Tuberculose pulmonaire - chimiothérapie. 3.Infection à VIH - diagnostic. 4.Infection à VIH - thérapeutique. 5.Thérapie antirétrovirale hautement active. 6.Guides de bonne pratique. 7.Manuel. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259545 1

(NLM classification: WF 310)

### **© Organisation mondiale de la Santé 2008**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions 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 ; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto: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 Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

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.

Cette publication a été rendue possible par le Président du Plan de secours pour le SIDA aux Etats-Unis, financé par USAID.

Imprimé à Genève (Suisse)

Le présent module est l'un des six modules contenant des lignes directrices pour la prise en charge des maladies de l'adolescent et de l'adulte et des maladies de l'enfant applicables à la prise en charge du VIH:

- ❖ **PCIMAA Soins aigus**
- ❖ **PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention**
- ❖ **PCIMAA Principes généraux de bonnes pratiques pour les soins chroniques**
- ❖ **PCIMAA Soins palliatifs : prise en charge des symptômes et soins de fin de vie**
- ❖ **PCIMAA Traitement de la tuberculose avec prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH**
- ❖ **Algorithme PCIME dans un contexte de haute prévalence VIH**

Le présent module est destiné à la prise en charge des patients atteints de tuberculose par les établissements de santé de premier niveau (centres de santé et équipe clinique des dispensaires de district) dans les pays à forte charge de VIH. Il traite des soins à dispenser aux patients tuberculeux aussi bien VIH-positifs que VIH négatifs.

Ce module s'inspire du cours de formation Halte à la tuberculose et du manuel de référence *Management of Tuberculosis: Training for Health Facility Staff WHO/CDS/TB/203.a-1* et des principes directeurs de l'OMS suivants, publiés en 2006 : *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach; Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children*; et *Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment: Addendum to « WHO guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings », 1999.*

Il part du principe que les agents de santé peuvent consulter un médecin ou référer un malade à un médecin en cas de problèmes cliniques, soit sur place (s'ils travaillent au sein d'une équipe dans une consultation externe d'un hôpital de district) ou par les méthodes établies de communication. Il suppose également la présence d'un coordonnateur de district qualifié chargé de la tuberculose. Le programme d'apprentissage de deuxième niveau PCIMAA porte sur la prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, y compris le traitement combiné antituberculeux-antirétroviral dispensé par le médecin. Le coordonnateur de la tuberculose au niveau du district peut suivre le cours à l'intention des coordonnateurs de district : *Management of Tuberculosis Training for District TB Coordinators WHO/HTM/TB/20053.a-n.*

Les autres modules PCIMAA et le présent module contiennent des renvois croisés et contiennent également des lignes directrices concernant les soins à donner en présence d'une co infection tuberculose-VIH. Des matériels de formation sont également disponibles.

La prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) est un projet qui implique plusieurs Départements de l'OMS et qui vise à élaborer des lignes directrices et des matériels de formation pour le personnel des établissements de santé de premier niveau dans les contextes à ressources limitées.

Pour de plus amples informations sur la PCIMAA, veuillez consulter le site <http://www.who.int/hiv/capacity/> ou contacter l'adresse [imaimail@who.int](mailto:imaimail@who.int). Pour de plus amples informations sur les initiatives mondiales concernant la tuberculose et le VIH, consultez [http://www.stoptb.org/wg/tb\\_hiv/](http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/) ou <http://www.who.int/tb/hiv/en/>.

Département OMS VIH/sida – Projet PCIMAA

Département OMS Halte à la tuberculose – Unité Tuberculose/VIH et pharmacorésistance et Unité Stratégie antituberculeuse et systèmes de santé

Le présent module porte sur la prise en charge, dans les établissements de premier niveau, de **tout patient atteint de tuberculose**. Sauf indication contraire, la mention dans ce document du terme « tuberculose » se réfère à la maladie et non à l'infection tuberculeuse.

L'ordre des sections du présent module correspond à l'ordre des étapes de la prise en charge d'un patient tuberculeux.

Certaines parties de ce module s'appliquent à tous les patients atteints de tuberculose. Il peut s'agir de patients tuberculeux VIH-négatifs ou VIH-positifs.






Certaines parties du module ne s'appliquent qu'aux patients atteints de co infection tuberculose VIH, c'est à dire un patient tuberculeux dont le test de dépistage du VIH est positif, ou un patient VIH-positif qui contracte une tuberculose.

Dans l'ensemble du module, le symbole ci-contre indique qu'un chapitre s'applique aux patients atteints de co infection tuberculose VIH :



Si vous prenez en charge un patient tuberculeux qui n'est pas VIH-positif, vous n'aurez qu'à parcourir le module et n'utiliser que les sections dépourvues de ce symbole. Si vous prenez en charge un patient présentant une co infection tuberculose VIH, vous aurez à utiliser toutes les sections.

# Table of contents

<b>A Diagnostiquer la tuberculose ou le VIH .....</b>	<b>9</b>
A1 Diagnostiquer la tuberculose et déterminer la localisation de la maladie.....	9
A1.1 Repérer les cas suspectés de tuberculose.....	9
A1.2 Déterminer si le patient est atteint de tuberculose .....	10
A2 Si l'on ignore la sérologie VIH, recommander le dépistage du VIH et le conseil.....	15
A2.1 Recommander le test de dépistage du VIH à tous les patients tuberculeux et tous les cas suspectés de tuberculose .....	15
A2.2 Si le patient est VIH-négatif, l'informer et le conseiller.....	19
A2.3 Si le patient est VIH-positif, l'informer et le conseiller .....	19
A2.4 Si le patient est VIH-positif, l'inscrire pour des soins chroniques du VIH .....	22
A3 Apprécier la situation familiale (y compris grossesse, planification familiale et statut sérologique par rapport au VIH du ou des partenaires et des enfants) .....	23
<b>B Choisir le plan de traitement antituberculeux ou antituberculeux antirétroviral.....</b>	<b>25</b>
B1 Déterminer la localisation de la maladie d'après les résultats de l'examen des frottis et/ou le diagnostic du médecin (voir A1.1) .....	25
B2 Déterminer le type de patient tuberculeux .....	25
B3 Sélectionner la catégorie de traitement antituberculeux .....	26
B4 Sélectionner le schéma antituberculeux.....	28
B4.1 Sélection du schéma antituberculeux sur la base de la catégorie de traitement .....	28
B4.2 Traitement antituberculeux dans des situations particulières .....	31
 B5 Chez le patient tuberculeux VIH-positif, décider si et quand consulter ou référer le patient pour plan de traitement conjoint antituberculeux-antirétroviral .....	32
 B6 Schémas courants de traitement conjoint antituberculeux-antirétroviral .....	34
<b>C Préparer la fiche de traitement antituberculeux du patient et, s'il est VIH-positif, la fiche de soins VIH/TAR .....</b>	<b>37</b>
C1 Préparer une fiche de traitement antituberculeux (voir formulaires).....	37
 C2 Chez le patient tuberculeux VIH-positif, actualiser la fiche de soins VIH/TAR ou préparer une fiche de référence pour soins VIH.....	39
<b>D Fournir des informations de base sur la tuberculose ou la co-infection tuberculose-VIH au patient, à la famille et aux accompagnateurs de traitement .....</b>	<b>41</b>
D1 Informer sur la tuberculose.....	41
 D2 Pour les patients VIH-positifs, informer également sur le VIH et préparer à l'autoprise en charge et à la prévention positive.....	43
 D3 Si le patient tuberculeux n'a pas subi de test de dépistage du VIH, a subi le test mais ne souhaite pas connaître les résultats, ou ne révèle pas le résultat .....	45

## **E Traitement préventif ..... 47**



- E1 Pour tous les patients tuberculeux VIH-positifs, proposer une prophylaxie par le cotrimoxazole (pour prévenir d'autres infections)..... 47
- E2 Pour les contacts familiaux des patients tuberculeux, envisager un traitement préventif par l'isoniazide (pour prévenir la tuberculose)..... 48
- E3 Pour les contacts familiaux de patients tuberculeux âgés de moins de 2 ans, administrer la vaccination BCG si besoin..... 50



## **F Préparer le patient tuberculeux ou infecté par la tuberculose et le VIH à l'observance du traitement ..... 51**

- F1 Déterminer où le patient recevra le traitement sous surveillance directe (DOT) ..... 51
- F2 Préparer à l'observance..... 52
  - F2.1 Préparer le patient à l'autoprise en charge..... 52
  - F2.2 Choisir un accompagnateur de traitement ..... 52
  - F2.3 Former et superviser les accompagnateurs de traitement ..... 55
  - F2.4 Soutien supplémentaire ou spécial à l'observance du traitement ..... 57

## **G Soutenir le patient atteint de tuberculose ou de co-infection tuberculose-VIH pendant toute la période du traitement antituberculeux ..... 59**



- G1 Soutenir ou surveiller directement le traitement antituberculeux et enregistrer sur la fiche de traitement antituberculeux..... 59
- G2 Reconnaître et traiter les effets secondaires ou autres problèmes..... 61
  - G2.1 Reconnaître et traiter les effets secondaires chez les patients ne recevant qu'un traitement antituberculeux ..... 61
  - G2.2 Reconnaître et traiter les effets secondaires chez les patients sous traitement combiné antituberculeux-antirétroviral ..... 62
  - G2.3 Causes possibles des signes et symptômes chez un patient tuberculeux VIH-positif..... 64
  - G2.4 Syndrome de reconstitution immunitaire ..... 64
- G3 Continuer à fournir des informations sur la tuberculose..... 65
- G4 Une fois par mois, revoir l'exemplaire de la fiche de traitement antituberculeux détenue par l'accompagnateur de traitement communautaire et l'approvisionner en médicaments pour le mois suivant ..... 67
- G5 Fournir le traitement combiné antituberculeux-antirétroviral sous surveillance directe si nécessaire..... 68
- G6 Assurer la poursuite du traitement antituberculeux ..... 68
  - G6.1 Coordonner les envois pour soins médicaux plus spécialisés et le transfert d'un patient tuberculeux se déplaçant dans une autre région et veiller à ce que le patient tuberculeux poursuive son traitement ..... 68
  - G6.2 Organiser la poursuite du traitement des patients tuberculeux lorsqu'ils se déplacent ..... 70
  - G6.3 Effectuer une visite à domicile chez le patient qui manque une dose ou ne vient pas chercher les médicaments qu'il doit s'administrer lui-même ..... 71
  - G6.4 Retrouver les patients après interruption du traitement antituberculeux : résumé des mesures à prendre après une interruption du traitement ..... 73

<b>H</b>	<b>Surveiller le traitement antituberculeux ou le traitement combiné antituberculeux-antirétroviral.....</b>	<b>75</b>
H1	Suivre les progrès du traitement antituberculeux au moyen des frottis et du poids	75
H1.1	Déterminer quand effectuer un frottis de contrôle .....	75
H1.2	Recueillir deux échantillons de crachats pour le frottis de contrôle.....	75
H1.3	Enregistrer les résultats du frottis et le poids sur la fiche de traitement antituberculeux .....	76
H1.4	Sur la base des résultats des frottis, décider des mesures nécessaires et mettre en oeuvre la décision thérapeutique.....	76
<b>I</b>	<b>Déterminer l'issue du traitement antituberculeux .....</b>	<b>79</b>
 <b>J</b>	<b>Chez un patient tuberculeux VIH-positif, surveiller l'état clinique et dispenser des soins du VIH pendant toute la durée du traitement antituberculeux .....</b>	<b>81</b>
<b>K</b>	<b>Considérations particulières applicables aux enfants .....</b>	<b>85</b>
K1	Quand soupçonner une infection tuberculeuse chez l'enfant ? .....	85
K2	Dosage des médicaments antituberculeux chez l'enfant .....	86
K3	TAR chez les enfants tuberculeux infectés par le VIH .....	86
<b>L</b>	<b>Lutte contre l'infection tuberculeuse .....</b>	<b>87</b>
L1	Comment se propage la tuberculose ? .....	87
L2	Quand la tuberculose est-elle contagieuse ?.....	87
L3	Le plan de lutte contre l'infection tuberculeuse dans tous les établissements de santé devrait comprendre les mesures suivantes.....	87
L4	Mesures de lutte environnementales.....	89
L5	Protection des agents de santé.....	90
 <b>M</b>	<b>La prévention chez les personnes vivant avec le VIH .....</b>	<b>91</b>
M1	Prévenir la transmission sexuelle du VIH.....	91
M2	Conseil en matière de planification familiale et de procréation.....	94
	<b>Formulaires d'enregistrement et de notification révisés pour la tuberculose .....</b>	<b>97</b>





# A

## Diagnostiquer la tuberculose ou le VIH

### A1 Diagnostiquer la tuberculose et déterminer la localisation de la maladie

#### A1.1 Repérer les cas suspectés de tuberculose

Chez tous les patients se présentant pour soins aigus et au cours des soins chroniques du VIH, il est important de déterminer le statut par rapport à la tuberculose à chaque visite.

Si  Alors

<p><b>Toux &gt;2 semaines</b> ou fièvre persistante, perte de poids inexplicite, sous-alimentation sévère, ganglions lymphatiques suspects (&gt;2 cm), ou sueurs nocturnes.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envoyer les prélèvements de crachats pour analyse. Référer au médecin de district en l'absence de crachats ou en présence de ganglions.</li><li>• S'il n'est pas possible de référer le patient et si le patient est VIH positif ou s'il existe des signes cliniques solides d'infection par le VIH, le clinicien de l'établissement de premier niveau devra se reporter aux pages xx pour diagnostiquer les cas de tuberculose pulmonaire à frottis négatif en l'absence de crachats et diagnostiquer une tuberculose extrapulmonaire présumée.</li><li>• Recommander le test de dépistage du VIH chez tous les patients suspectés de tuberculose.</li></ul>
---	---



Les patients VIH-positifs sont plus susceptibles d'être très malades si l'on soupçonne la présence d'une tuberculose. Examiner l'état clinique du patient (utiliser le module **PCIMAA Soins aigus**). Si le patient est gravement malade, l'hospitaliser immédiatement. Ne pas attendre les résultats de l'analyse des crachats.


S'il n'est pas possible de référer le patient et si l'on pense que la gravité de la maladie est due à une tuberculose extrapulmonaire, un traitement rapide devrait être mis en place et tout devrait être fait pour confirmer le diagnostic pour s'assurer que la maladie est prise en charge convenablement. Voir le module **PCIMAA Soins aigus** pour de plus amples indications sur les éléments qui doivent faire soupçonner une tuberculose extrapulmonaire.



S'il n'est pas possible d'effectuer de tests diagnostiques supplémentaires et s'il n'est pas possible non plus de référer le patient à un établissement de niveau supérieur pour confirmation du diagnostic, un traitement antituberculeux doit être institué et mené à son terme. Il ne convient pas d'effectuer des essais empiriques de traitement au moyen de schémas thérapeutiques incomplets par des antituberculeux. Si un patient est traité par des médicaments antituberculeux, le traitement doit être normalisé, au moyen de médicaments de première intention et doit être terminé. Le traitement ne peut être arrêté que si des signes bactériologiques ou histologiques ou des signes cliniques probants sont évocateurs d'un autre diagnostic.

## A1.2 Déterminer si le patient est atteint de tuberculose


### Diagnostic de la tuberculose sur la base de l'examen microscopique des crachats (frottis)\*

Les patients VIH-positifs sont plus susceptibles que les patients VIH-négatifs de présenter une tuberculose extrapulmonaire ou une tuberculose pulmonaire à frottis négatif.

**Si**  **Alors**

Deux (ou trois) prélèvements sont positifs	Le patient présente <b>un frottis positif (présente une tuberculose pulmonaire infectieuse)</b> .
Seul un prélèvement est positif chez un patient VIH-négatif	Le diagnostic est <b>incertain</b> . Référer le patient au médecin de district pour évaluation complémentaire
 Seul un prélèvement est positif chez un patient VIH-positif <b>OU</b> il y a de forte suspicion d'infection à VIH	Le patient présente <b>un frottis positif (présente une tuberculose pulmonaire infectieuse)</b> .
Tous les prélèvements sont négatifs chez un patient VIH négatif	<b>Le patient peut présenter ou ne pas présenter une tuberculose pulmonaire :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si le patient ne tousse plus et ne se plaint pas d'autres troubles généraux, aucune investigation ou traitement complémentaire ne s'impose.</li><li>• Si le patient tousse toujours et/ou se plaint d'autres troubles généraux (et n'est pas gravement malade), traiter au moyen d'un antibiotique non spécifique tel que cotrimoxazole ou amoxicilline.</li><li>• Si la toux persiste et si le patient n'est pas gravement malade, répéter l'examen de trois frottis. En cas de frottis négatif, référer le patient à un médecin.</li></ul>
 Tous les prélèvements sont négatifs chez un patient VIH positif	<b>Le patient peut présenter ou non une tuberculose pulmonaire :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si la toux persiste, traiter par un antibiotique non spécifique tel que cotrimoxazole ou amoxicilline et référer pour recherche d'une tuberculose pulmonaire à frottis négatif possible ou autre problème pulmonaire/cardiaque chronique.</li></ul>

\* Le nombre d'échantillons de crachats examinés dépendra des directives nationales. Pour les situations à forte prévalence de VIH, deux prélèvements de crachat sont recommandés, généralement un le matin tôt à apporter au dispensaire et un second obtenu sur place au moment de l'examen.

 Les patients VIH-positifs sont plus susceptibles que les patients VIH-négatifs de présenter une tuberculose extrapulmonaire ou une tuberculose pulmonaire à frottis négatif. Si les frottis sont négatifs et le patient est VIH positif, le référer à un médecin pour examens complémentaires. S'il n'est pas possible de référer le patient, le clinicien de l'établissement de premier niveau devra poser le diagnostic lorsque c'est possible. Lorsqu'il n'est pas possible de confirmer le statut sérologique par rapport au VIH du patient (en raison de l'absence de test de dépistage du VIH ou du refus du patient de se faire dépister), le patient doit être considéré comme VIH-positif.

## Chez tous les patients dans les situations à prévalence du VIH (voir définition) : Toussez-vous ou avez-vous du mal à respirer ?

SI OUI, POSEZ LES QUESTIONS :	EXAMINER ET ECOUTER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis combien de temps ?</li> <li>• Avez-vous des douleurs dans la poitrine ?               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si oui, est-ce récent ? Les douleurs sont-elles fortes ?</li> </ul> </li> <li>Décrivez-les.</li> <li>• Avez-vous des sueurs nocturnes ?</li> <li>• Fumez-vous ?</li> <li>• Etes-vous traité pour un problème pulmonaire ou cardiaque chronique ou la tuberculose ? Déterminer si l'asthme, l'emphysème ou une bronchite chronique (pneumopathie chronique obstructive), une insuffisance cardiaque ou la tuberculose ont été diagnostiqués chez le patient.</li> <li>• Avez-vous déjà été traité pour la tuberculose auparavant ?</li> <li>• Si non, avez-vous déjà eu des épisodes de toux ou de difficultés respiratoires ?</li> <li>Si c'est le cas :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ces épisodes de toux et de difficultés respiratoires vous réveillent-ils la nuit ou tôt le matin ?</li> <li>- Ces épisodes surviennent-ils lorsque vous faites de l'exercice ?</li> </ul> </li> <li>• Etes-vous VIH-positif ou pensez-vous que vous pourriez l'être ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient est-il léthargique?</li> <li>• Compter les respirations par minute               <ul style="list-style-type: none"> <li>- répéter l'opération si le chiffre est élevé.</li> </ul> </li> <li>• Examiner et rechercher un sifflement respiratoire.</li> <li>• Déterminer si le patient est mal lorsqu'il est couché.</li> <li>• Prendre la température.</li> </ul> <p>Si le patient ne peut pas marcher sans aide ou paraît malade :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre le pouls.</li> <li>• Prendre également la PA.</li> </ul>

Classer pour tous les patients qui toussent

AGE	RESPIRATION RAPIDE :	RESPIRATION TRES RAPIDE :
5-12 ans	30 respirations par minute ou plus	40 respirations par minute
13 ans ou plus	20 respirations par minute ou plus	30 respirations par minute ou plus

## Utiliser ce tableau de classement pour tous les patients qui toussent ou qui ont des difficultés à respirer :

SIGNES :	CLASSER :	TRAITEMENTS :
<p>Un ou plusieurs des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiration très rapide</li> <li>• Température élevée (39°C ou plus)</li> <li>• Pouls 120 ou plus</li> <li>• Ne peut pas marcher sans aide</li> <li>• Est mal en position couchée</li> <li>• Douleurs thoraciques fortes</li> </ul>	<p><b>PNEUMONIE SEVERE OU MALADIE TRES SEVERE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positionner.</li> <li>• Administrer de l'oxygène.</li> <li>• Administrer une première dose d'antibiotique par voie intramusculaire.</li> <li>• En cas de respiration sifflante, traiter.</li> <li>• En cas de douleurs thoracique fortes chez un patient de 50 ans ou plus, effectuer un contrôle rapide de la présence de signes d'urgence.</li> <li>• En cas d'affection cardiaque connue et si le patient n'est pas bien lorsqu'il est couché, administrer de la furosémide.</li> <li>• Hospitaliser d'urgence. Si ce n'est pas possible et si le patient est VIH positif, voir page suivante.</li> <li>• Envisager une maladie liée au VIH.</li> <li>• En cas de traitement antirétroviral, il pourrait s'agir d'une réaction indésirable grave. Voir le module <i>Soins chroniques du VIH</i>.</li> </ul>
<p>Deux des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiration rapide</li> <li>• Sueurs nocturnes</li> <li>• Douleurs thoraciques</li> </ul>	<p><b>PNEUMONIE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer un antibiotique adapté par voie orale.</li> <li>• <b>Exception : si la patiente en est au deuxième ou troisième trimestre de grossesse, en cas de stade clinique 4 du VIH, ou de faible taux de CD4, administrer une première dose d'antibiotique par voie intramusculaire et hospitaliser d'urgence.</b></li> <li>• En cas de respiration sifflante, traiter.</li> <li>• En cas de tabagisme, conseiller d'arrêter de fumer.</li> <li>• En cas de traitement antirétroviral, il peut s'agir d'une réaction indésirable grave ; consulter/référer.</li> <li>• En cas de toux de plus de 2 semaines ou de patient VIH positif, envoyer un échantillon de crachats pour examen microscopique.</li> <li>• Indiquer immédiatement la prochaine consultation.</li> <li>• Contrôle au bout de 2 jours.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toux ou difficultés respiratoires depuis plus de 2 semaines</li> <li>• Episodes récurrents de toux ou difficultés respiratoires qui : <ul style="list-style-type: none"> <li>- réveillent le patient la nuit ou tôt le matin ou</li> <li>- se manifestent lorsqu'il fait de l'exercice</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>PROBLEMES PULMONAIRES CHRONIQUES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envoyer les prélèvements de crachats pour examen microscopique. Incrire dans le registre.</li> <li>• Si des prélèvements ont été envoyés récemment, vérifier les résultats dans le registre. Voir diagnostic de la tuberculose sur la base de l'examen microscopique des crachats.</li> <li>• En cas de tabagisme, conseiller d'arrêter de fumer.</li> <li>• En cas de respiration sifflante, traiter.</li> <li>• Indiquer immédiatement la prochaine consultation.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes insuffisants pour classification ci dessus</li> </ul>	<p><b>PAS DE PNEUMONIE TOUX/ RHUME OU BRONCHITE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiquer un traitement symptomatique.</li> <li>• En cas de tabagisme, conseiller d'arrêter de fumer.</li> <li>• En cas de respiration sifflante, traiter.</li> <li>• Indiquer immédiatement la prochaine consultation. Si VIH-positif, contrôle au bout de 3-5 jours.</li> </ul>








## **Que faire chez des patients VIH positifs atteints de PNEUMONIE SEVERE OU AUTRE MALADIE SEVERE lorsqu'il n'est pas possible de référer le patient à un service plus spécialisé :**

- ❖ Envoyer des prélèvements de crachats pour examen microscopique si possible.
- ❖ Traiter empiriquement une pneumonie bactérienne au moyen d'antibiotiques par voie intramusculaire.
- ❖ Si le patient a une respiration très rapide ou est incapable de marcher sans aide, traiter empiriquement pour une pneumonie à Pneumocystis (PCP).
  - Administrer 2 comprimés à double teneur ou 4 comprimés à simple teneur de cotrimoxazole trois fois par jour pendant 21 jours (15 mg/kg du composant TMP). Administrer de l'oxygène supplémentaire si disponible.
- ❖ Evaluer le patient quotidiennement. Consulter un médecin et discuter du cas avec lui si possible (par téléphone, etc.) et continuer à essayer de référer le malade à un service spécialisé.
- ❖ Contrôler le patient atteint de pneumonie au moyen de la partie Examiner et Ecouter du tableau d'évaluation :
  - La respiration est-elle plus lente ?
  - A-t-il moins de fièvre ?
  - La douleur thoracique pleurétique est-elle moindre ?
  - Depuis combien de temps le patient tousse-t-il ?
- ❖ Au bout de 3-5 jours, si le rythme de la respiration et la fièvre sont restés les mêmes ou se sont aggravés, entamer un schéma thérapeutique de première intention normalisé si disponible, ou référer le patient à l'hôpital de district. Ne pas commencer un schéma thérapeutique incomplet. Une fois le traitement de la tuberculose commencé, il doit être terminé.
- ❖ Si la respiration est plus lente ou la fièvre plus basse, commencer un antibiotique de première intention par voie orale (pour la pneumonie bactérienne) et terminer le traitement de 7 jours. Si le traitement de la PCP a été commencé, continuer la cotrimoxazole pendant 3 semaines.

## Diagnostic de la tuberculose

Les cliniciens peuvent diagnostiquer un patient par examen microscopique des crachats (comme ci dessus) ou en utilisant une radiographie des poumons, l'examen clinique et des tests complémentaires (culture, autres méthodes, par exemple). S'il n'est pas possible de référer le malade à un niveau supérieur, le clinicien de l'établissement de premier niveau devra diagnostiquer et prendre en charge la tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire à frottis négatif.

Classification du cas	Diagnostiqué par	Définition utilisée pour le diagnostic
<b>Tuberculose pulmonaire à frottis positif (TBP+)</b>	Agent de santé ou clinicien	Deux ou plusieurs examens initiaux des crachats positifs pour les bacilles acido-résistants (BAR).
	Clinicien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen des crachats positif pour BAR <b>et</b></li> <li>• Anomalies radiographiques correspondant à une tuberculose pulmonaire évolutive déterminée par un médecin</li> </ul> <b>OU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un frottis positif pour BAR <b>et</b></li> <li>• Une culture de crachats positive pour <i>M. tuberculosis</i>.</li> </ul>
	Clinicien	<ul style="list-style-type: none"> <li>•  VIH-positif ou signes cliniques fortement évocateurs d'une infection à VIH <b>et</b></li> <li>• Un frottis positif pour BAR.</li> </ul>
<b>Tuberculose pulmonaire à frottis négatif (TBP-)</b>	Clinicien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frottis négatifs pour BAR <b>et</b></li> <li>• Culture des crachats positive pour <i>M. tuberculosis</i></li> </ul> <b>OU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•  VIH-positif <b>et</b></li> <li>• Au moins deux examens des crachats négatifs pour BAR <b>et</b></li> <li>• Anomalies radiographiques correspondant à une tuberculose évolutive</li> </ul> <b>OU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Signes cliniques fortement évocateurs d'une infection à VIH <b>et</b></li> <li>• Décision du clinicien de traiter par un schéma thérapeutique antituberculeux complet.</li> </ul>
<b>Tuberculose extrapulmonaire</b>	Clinicien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culture d'un prélèvement de localisation extrapulmonaire positif pour <i>M. tuberculosis</i> ou frottis positif pour BAR</li> </ul> <b>OU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•  VIH-positif <b>et</b></li> <li>• Signes histologiques ou signes cliniques fortement évocateurs d'une tuberculose extrapulmonaire évolutive</li> </ul> <b>OU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Signes cliniques fortement évocateurs d'une infection à VIH <b>et</b></li> <li>• Décision du clinicien de traiter par un schéma thérapeutique antituberculeux complet.</li> </ul>
<b>Tout patient chez qui l'on diagnostique à la fois une tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire doit être classé comme présentant une tuberculose extrapulmonaire.</b>		

 La tuberculose extrapulmonaire détermine le stade clinique du VIH. Les patients VIH-positifs présentant une tuberculose extrapulmonaire autre qu'une lymphadénopathie sont classés comme stade clinique 4 du VIH selon l'OMS.

## **A2** *Si l'on ignore la sérologie VIH, recommander le dépistage du VIH et le conseil*

### **A2.1** **Recommander le test de dépistage du VIH à tous les patients tuberculeux et tous les cas suspectés de tuberculose**

- ❖ Le test de dépistage du VIH doit être recommandé à tous les patients chez qui l'on suspecte la tuberculose en même temps que l'on envoie le premier prélèvement de crachats pour examen microscopique.
- ❖ Le test de dépistage du VIH doit être recommandé chez les patients chez qui l'on a diagnostiqué la tuberculose et chez qui l'on a institué un traitement antituberculeux ainsi que chez tous les nouveaux patients tuberculeux.
- ❖ Enregistrer le résultat du test.

Un médecin, une infirmière, un auxiliaire du TAR ou autre conseiller, ou un autre agent de santé peuvent communiquer les informations préalables au test, obtenir le consentement éclairé et effectuer le test de dépistage du VIH sur place au dispensaire (après une courte formation). Ceci est plus rentable et a plus de chances d'être efficace que d'envoyer les patients ailleurs pour se faire dépister et conseiller. Des séances d'éducation de groupe peuvent également servir à communiquer des informations préalables et à conseiller dans divers contextes.

La communication d'informations préalables au test par l'agent de santé comporte trois étapes principales :

1. Fournir des informations essentielles sur le VIH/sida et son interaction avec la tuberculose.
2. Fournir des informations essentielles sur le test de dépistage du VIH : avantages cliniques et de prévention, risques potentiels, procédure de protection de la confidentialité, services disponibles, déroulement du test, droits du patient à refuser le test sans que cela n'affecte son accès aux services qui ne dépendent pas d'une connaissance du statut sérologique.
3. Confirmer la volonté du patient de procéder au test et solliciter son consentement éclairé. Des informations supplémentaires seront fournies si nécessaire au moment d'une référence pour conseils supplémentaires, le cas échéant.

## **1. Fournir des informations essentielles sur le VIH et son traitement**

**Dire :** « Nous devons aborder aujourd'hui une question très importante. Les personnes atteintes de tuberculose sont aussi très susceptibles d'être infectées par le VIH. En fait, l'infection par le VIH est la raison pour laquelle beaucoup de gens contractent la tuberculose au départ. C'est parce que les personnes infectées par le VIH ne sont pas capables de lutter contre les maladies aussi efficacement que des personnes non infectées.

*Si vous êtes à la fois atteint de tuberculose et infecté par le VIH, votre état peut être grave et l'évolution peut être mortelle sans un diagnostic et un traitement corrects. Le traitement du VIH est de plus en plus accessible et peut vous aider à vous sentir mieux et à vivre plus longtemps.*

*D'autre part, si nous savons que vous êtes infecté par le VIH, nous pourrions mieux traiter votre tuberculose. Si vous décidez de ne pas faire le test de dépistage du VIH, vous serez quand même traité contre la tuberculose. »*

**Expliquer ce qu'est le VIH/sida et quels sont les traitements disponibles :** « Le VIH est un virus ou un germe qui détruit la partie de votre organisme nécessaire pour vous défendre contre la maladie. Le test de dépistage du VIH déterminera si vous avez été infecté par le virus. Il s'agit d'un simple test sanguin qui nous permettra de faire un diagnostic plus clair. Après le test, nous allons vous offrir des services de conseil qui vous permettront d'approfondir la question du VIH/sida. Si le résultat de votre test est positif, nous vous fournirons des informations et des services pour prendre en charge votre maladie. Cela pourra comprendre des médicaments antirétroviraux et d'autres médicaments pour traiter la maladie. D'autre part, nous vous aiderons par des moyens de prévention et vous aiderons à révéler le résultat à une personne de confiance. Si le résultat est négatif, nous veillerons d'abord à ce que vous ayez accès aux services et aux produits qui vous aideront à rester séronégatif.

*Pour toutes ces raisons, nous recommandons que tous nos patients tuberculeux font le test de dépistage du VIH. Si vous n'avez pas d'objection, nous allons procéder au test de dépistage du VIH aujourd'hui même. »*

## **2. Expliquer les procédures de protection de la confidentialité**

**Dire :** « Les résultats de votre test de dépistage du VIH ne seront connus que de vous et de l'équipe médicale qui vous traite. Cela veut dire que les résultats du test sont confidentiels et qu'il va à l'encontre de la politique de notre établissement de communiquer les résultats à quiconque sans votre autorisation. En cas de résultat positif du test, vous recevrez un soutien et l'on vous aidera, si vous le voulez, à révéler votre séropositivité à d'autres personnes qui pourraient être exposées sans le savoir au VIH à travers vous. »

Demander au patient s'il a d'autres questions.



### **3. Confirmer la volonté du patient de procéder au test et solliciter son consentement éclairé**

Le consentement éclairé signifie que la personne a reçu les informations essentielles sur le VIH/sida et le test du dépistage du VIH, les a entièrement comprises et, sur cette base, a accepté de se soumettre au test de dépistage.

*Demander : « Etes-vous prêt à faire le test de dépistage ? Ou voudriez-vous avoir davantage de temps pour parler des répercussions qu'aurait pour vous un test positif ou négatif ? »*

Si le patient a d'autres questions, lui fournir des informations supplémentaires (page suivante). Si le patient n'est pas sûr de vouloir procéder au test ou n'est pas à l'aise, le référer à un conseiller de l'établissement pour une séance de conseil pré-test complète.

Si le patient est prêt, demandez-lui son consentement oral : *« Pour pouvoir effectuer ce test, j'ai besoin de votre consentement ».*

**Souvenez-vous :** Le patient a le droit de refuser un test de dépistage du VIH. Le patient doit néanmoins recevoir le traitement approprié ou être adressé à un autre service, et bénéficier d'un suivi et d'un soutien

Pour les patients qui donnent leur consentement, expliquer comment vous allez procéder.

**Dire :** *« Pour le test, nous devons prélever du sang en vous piquant le doigt (expliquer comment le test est pratiqué dans votre dispensaire).*

#### **Option 1 : Le sang est analysé sur place**

*Votre sang sera analysé ici au dispensaire. Vous allez devoir attendre 20 à 30 minutes pendant que je pratique le test. Dès que les résultats seront connus, nous en parlerons ensemble.*

**OU**

#### **Option 2 : Le sang est analysé au laboratoire**

*Vous allez devoir vous rendre au laboratoire pour le test sanguin. Lorsque le laboratoire aura prélevé votre sang, vous devrez attendre 20 à 30 minutes pendant qu'il pratique le test. Lorsque le laboratoire nous renverra les résultats, nous en parlerons ensemble.*

*Nous vous donnerons les résultats de votre test de dépistage aujourd'hui même avant que vous ne quittiez le dispensaire. »*

Si le patient demande des informations supplémentaires, parlez-lui des avantages et de l'importance qu'il y a à connaître son statut sérologique par rapport au VIH.

Vous pouvez dire par exemple :

- *« Le test permettra aux agents de santé de faire le bon diagnostic et d'assurer un traitement de suivi efficace.*
- *Si votre test est négatif, nous pourrions éliminer l'infection à VIH de votre diagnostic et vous donner les conseils pour vous aider à rester séronégatif.*
- *Vous recevrez un traitement et des soins pour prendre en charge votre maladie, et notamment :*
  - *une prophylaxie au cotrimoxazole*
  - *un suivi et un soutien réguliers*
  - *le traitement des infections*
  - *Un traitement antirétroviral (expliquer quelles sont les disponibilités et quand le traitement antirétroviral est utilisé). Voir le module **PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention.***
- *(Si c'est une femme) Vous allez être encouragée à recevoir un traitement pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant et prendre des décisions éclairées quant à vos grossesses futures.*
- *Nous allons également examiner les répercussions psychologiques et émotionnelles de l'infection à VIH et si vous voulez, vous aider à révéler votre séropositivité aux personnes qui selon vous devraient la connaître et à d'autres personnes qui pourraient être sans le savoir exposées au risque d'infection à travers vous.*
- *Un diagnostic précoce vous aidera à mieux faire face à la maladie et à mieux se préparer pour l'avenir. »*

## **A2.2 Si le patient est VIH-négatif, l'informer et le conseiller**

- ❖ Expliquer le résultat du test.
- ❖ Partager le soulagement ou autre réaction du patient.
- ❖ Conseiller quant à l'importance de rester séronégatif par l'utilisation régulière et correcte des préservatifs et d'autres pratiques sexuelles à moindre risque (voir section I). Etablir un plan de réduction des risques avec le patient.
- ❖ En cas d'exposition récente ou de risque élevé, expliquer qu'un résultat négatif peut signifier soit que le patient n'est pas infecté par le VIH soit qu'il est infecté par le VIH mais qu'il n'a pas produit d'anticorps contre le virus. Une personne récemment infectée peut ne pas avoir encore produit d'anticorps. Le test détecte les anticorps contre le virus et non le virus lui-même. Dans ce cas, le test ne détectera pas les anticorps contre le VIH dans le sang. Ce délai est souvent appelé « fenêtre thérapeutique ». Un nouveau test pourra être proposé après 6 à 8 semaines.
- ❖ Demander au patient s'il a d'autres questions.
- ❖ Référer si nécessaire le patient à des services de prévention ou de soins spécialisés, y compris des services de soutien par des pairs ou de soutien spécial pour les populations vulnérables.

## **A2.3 Si le patient est VIH-positif, l'informer et le conseiller**

- ❖ Expliquer le résultat du test.
- ❖ Fournir un soutien immédiat après diagnostic.
- ❖ Fournir un soutien psychologique.
- ❖ Laisser du temps au patient pour assimiler le résultat.
- ❖ Montrer de l'empathie.
- ❖ Témoigner de qualités d'écoute.
- ❖ Rechercher quelles sont les préoccupations immédiates du patient et l'aider.
  - Demander : « *Que signifie pour vous ce résultat ?* » Corriger toute idée fausse sur la maladie.
  - Soutenir.
  - Quelle est la chose la plus importante pour vous maintenant ? Essayer d'aider à répondre aux besoins.

- Dire au patient que ses sentiments/réactions sont normaux et justifiés.
- Mobiliser des ressources pour l'aider à faire face.
- Aider le patient à résoudre les problèmes urgents.
- Parler de l'avenir immédiat – « *quels sont vos projets pour les prochains jours ?* »
- Conseiller sur la façon de révéler son état à sa famille.
- Souligner l'importance qu'il y a à révéler sa séropositivité au partenaire et pour les partenaires de se soumettre à un test de dépistage. Assurez-vous que le patient comprend que son/sa/ses partenaires peuvent être encore VIH-négatifs, même si la relation est ancienne et qu'ils doivent se protéger de l'infection (pour plus de renseignements, voir le module **PCIMAA Soins aigus**, p. 106)
  - « *A qui pensez-vous pouvoir révéler votre séropositivité en toute sécurité ?* »
  - « *Il est important de savoir que les gens qui connaîtront votre séropositivité sauront se montrer discrets. Qui a besoin de le savoir ? Qui n'a pas besoin de le savoir ?* »
- ❖ Proposer de faire participer une autre personne VIH-positive, qui gère son infection et peut apporter une aide. (C'est le choix du patient.)
- ❖ Conseiller sur la façon d'associer le partenaire.
- ❖ Encourager à faire tester et proposer de tester et de conseiller les enfants du patient. Donner des informations sur les avantages d'un diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson.
- ❖ Vérifier que le patient sait que des services de soutien psychologique et social pratique existent.
- ❖ Expliquer quels sont les traitements disponibles (voir les modules **PCIMAA Soins aigus** et **Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention**).
- ❖ Conseiller sur la façon d'éviter de propager l'infection.
- ❖ Demander au patient de revenir selon les besoins.

Des séances de conseil et de soutien plus approfondies peuvent être organisées au dispensaire lors des visites de suivi ou à travers d'autres moyens communautaires (voir les modules **PCIMAA Soins aigus** et **Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention**, annexe A).

## **Exemple de conseils à donner à un patient dont le test de dépistage du VIH était négatif**

**Dire :** *Merci d'avoir attendu.*

*« Votre test de dépistage du VIH était négatif. Le test n'a pas permis de détecter le virus dans votre sang. Nous pensons que vous n'êtes pas infecté par le VIH.*

*Toutefois, il y a une très petite chance qu'une infection récente ait échappé au test. Aussi, j'aimerais que vous reveniez faire un test à (nom du centre CDV communautaire) dans 6 semaines. On pourra aussi vous donner davantage d'informations pour vous protéger de l'infection.*

*En attendant, l'infection à VIH étant répandue dans notre communauté, vous devez prendre des mesures pour vous protéger de l'infection à l'avenir.*

*Comme vous le savez sans doute, vous pouvez être infecté en ayant des rapports sexuels avec une personne infectée par le VIH.*

*C'est pourquoi vous devez demander à votre partenaire sexuel de subir un test.*

*Si votre partenaire n'est pas infecté par le VIH, vous devrez vous rester fidèles mutuellement et ne pas avoir de rapports sexuels avec d'autres partenaires. Cela vous protégera tous les deux contre le VIH.*

*Si votre partenaire est infecté par le VIH ou si vous ne connaissez pas sa situation, ou si vous avez des rapports sexuels avec plusieurs partenaires, vous pouvez vous protéger du VIH :*

- ❖ En utilisant correctement des préservatifs à chaque rapport sexuel. Nous pouvons vous proposer des préservatifs au dispensaire et nous vous invitons à vous servir. Le (nom du centre CDV communautaire ou autre source ...) a également des préservatifs.*
- ❖ En n'ayant pas de rapports sexuels avec votre partenaire tant qu'il ou elle n'a pas subi le test et que vous ne savez pas s'il ou elle est infecté(e).*

**Demander** au patient s'il a d'autres questions.

*Voici quelques informations sur les endroits où votre partenaire pourra se rendre pour un test et sur la façon dont vous pouvez vous protéger du VIH.*

*J'espère que vous allez demander à votre partenaire de subir un test au moment de notre prochaine visite. Nous en parlerons à votre prochaine visite. »*

## A2.4 Si le patient est VIH-positif, l'inscrire pour des soins chroniques du VIH

- ❖ Si vous êtes formé et bénéficiez d'un soutien pour dispenser ces soins, commencez à le faire au moyen du module **PCIMAA soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention**. Voir à la section I de ce module pour les considérations particulières.
- ❖ Si vous n'êtes pas formé ou si votre dispensaire ne propose pas de soins chroniques, adressez le patient à un dispensaire qui propose des soins chroniques du VIH en utilisant le *formulaire de référence* (voir C2). Coordonnez les soins au patient.

### **Exemple de démarche à suivre pour référer un patient pour soins chroniques du VIH**

**Dire :** « Outre le soutien de votre famille et de vos amis, vous avez besoin de soins médicaux pour vous aider à vous sentir mieux et à vivre plus longtemps tout en étant infecté par le VIH.

Vous devez vous rendre au dispensaire qui propose des soins à long terme et un traitement du VIH.

Voici un formulaire de référence que vous donnerez à l'agent de santé de ce dispensaire et qui lui permettra de savoir que vous recevez un traitement au dispensaire pour la tuberculose et que vous avez subi un test de dépistage du VIH.

D'autre part, si vous êtes enceinte ou prévoyez d'être enceinte, ou si votre partenaire est enceinte ou prévoit d'être enceinte, vous devriez le dire à votre dispensateur de soins au dispensaire VIH afin qu'il vous parle de la façon de protéger votre futur enfant du VIH.

Si vous ne voulez pas que d'autres personnes connaissent votre séropositivité pour le moment, vous devez conserver cette lettre dans un lieu discret jusqu'à ce que vous la donniez au dispensateur de soins au dispensaire VIH.

Il est important que vous vous rendiez dans ce dispensaire dès que possible. J'espère que vous pourrez y aller avant notre prochaine visite. Nous en parlerons à notre prochaine visite. »

### A3 *Apprécier la situation familiale (y compris grossesse, planification familiale et statut sérologique par rapport au VIH du ou des partenaires et des enfants)*

#### **Femme en âge de procréer ? Si oui :**

- Déterminer si elle est enceinte.
- La femme est-elle sexuellement active ?
- Utilise-t-elle une contraception ?
- Allaité-t-elle ?



#### **Si la femme est enceinte et VIH-positif :**

- ❖ Envisager un traitement antirétroviral.
- ❖ Ne pas utiliser l'éfavirenz au premier trimestre. En cas de doute sur la grossesse et si la femme prend de l'éfavirenz, pratiquer un test de grossesse.
- ❖ Fournir des soins prénatals et référer pour soins prénatals et interventions PTME : TAR ou prophylaxie ARV, mesures de travail et d'accouchement sécurisés, et alimentation plus sûre du nourrisson.
- ❖ Voir section 8.6 du module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention*.

#### **Si la femme n'est pas enceinte et VIH-positif :**

- ❖ Si elle utilise une méthode de planification familiale, lui demander si elle en est satisfaite ou si elle a des problèmes.
- ❖ Si elle n'utilise pas de méthode de planification familiale et souhaite le faire, lui en parler et lui en proposer une. Voir section 11.1 du module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention*.
- ❖ Si elle envisage une grossesse, la conseiller sur les choix en matière de procréation. Utiliser le dossier *Choix en matière de procréation et planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH* pour compléter l'information.

#### **Pour tous les patients VIH-positifs, encourager et faciliter la réalisation du test de dépistage du VIH chez le ou les partenaires et les enfants**

- ❖ L'idéal serait que le (la) ou les partenaires du patient seraient testés dès que possible pour déterminer s'il y a une infection.
- ❖ Faire subir le test à tous les enfants, en particulier en cas de symptômes ou de signes évocateurs d'une infection à VIH (voir *IMCI Chart Booklet for High HIV Settings* et cours de formation complémentaire).

**Si aucun test de grossesse n'est disponible, comment être raisonnablement certain qu'une femme N'est PAS enceinte** – Poser les questions suivantes :

- Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?
- Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?
- Allaité-vous complètement ou presque complètement  
ET avez-vous accouché il y a moins de 6 mois  
ET n'avez-vous plus de règles depuis ?
- Avez-vous fait une fausse couche ou un avortement au cours des 7 derniers jours ?
- N'avez-vous eu aucun rapport sexuel depuis vos dernières règles ?
- Avez-vous utilisé une méthode de contraception fiable de façon régulière et correctement ?

Si la réponse est **OUI** à l'**UNE** quelconque des questions, et si la patiente ne présente aucun signe de grossesse, vous pouvez être raisonnablement certain qu'elle N'est PAS enceinte.

**Cette information peut se répercuter sur le choix du traitement antituberculeux (voir B4.2)**

**Notes:**



# B Choisir le plan de traitement antituberculeux ou antituberculeux antirétroviral

## **B1 Déterminer la localisation de la maladie d'après les résultats de l'examen des frottis et/ou le diagnostic du médecin (voir A1.1)**

Il y a deux classifications possibles par localisation anatomique de la maladie :

- ❖ Pulmonaire – maladie touchant les poumons.
- ❖ Extrapulmonaire – maladie touchant des organes autres que les poumons.

## **B2 Déterminer le type de patient tuberculeux**

**Demander :**

- ❖ Avez-vous jamais été traité pour la tuberculose ?
- ❖ Avez-vous jamais reçu des injections pendant plus d'une ou 2 semaines ? Pourquoi ?
- ❖ Avez-vous jamais pris un médicament qui colorait votre urine en orange-rouge ?

Type de patient	Définition
Nouveau	Un patient qui n'a jamais été traité pour la tuberculose ou qui a pris des antituberculeux pendant moins d'un mois.
Rechute	Un patient précédemment traité pour la tuberculose qui a été déclaré guéri ou dont le traitement a été achevé et qui est diagnostiqué bactériologiquement positif (frottis ou culture) pour la tuberculose.
Traitement après échec	Un patient qui a commencé un nouveau schéma thérapeutique après un échec du traitement précédent.
Traitement après abandon	Un patient qui revient se faire soigner, qui est positif bactériologiquement, après interruption du traitement pendant au moins 2 mois consécutifs.
Transfert entrant	Un patient qui a été transféré d'un autre registre de la tuberculose pour poursuivre son traitement.
Autres patients précédemment traités	Tous les cas qui ne correspondent à aucune des définitions ci dessus. Ce groupe comprend tous les cas positifs à la microscopie des frottis dont on ne connaît pas les antécédents ou dont on ne connaît pas l'issue du traitement précédent, précédemment négatifs à la microscopie des frottis, précédemment traités pour une forme extrapulmonaire, et les cas chroniques (c'est à dire un patient positif à la microscopie des frottis qui arrive à la fin d'un nouveau schéma thérapeutique).

### B3 *Sélectionner la catégorie de traitement antituberculeux*

Un médecin pose le diagnostic et prescrit un traitement pour les cas figurant dans les cases grisées. Un agent de santé ou un médecin peut choisir la catégorie de traitement pour les autres cases (non grisées). La catégorie repose sur une classification de la maladie (localisation), les résultats de laboratoire, le type de patient, le statut sérologique par rapport au VIH et les recommandations figurant dans les directives nationales.

Localisation de la maladie	Résultats de laboratoire	Type de patient		Catégorie de traitement recommandée
Pulmonaire	A frottis positif <sup>a</sup>	Nouveau		CAT I
		Previously treated	Rechute	CAT II
			Traitement après échec	CAT II
			Traitement après abandon	Généralement CAT II
			Chronique ou TB PCR	CAT IV
	A frottis négatif <sup>b</sup>			→ CAT I or III <sup>c</sup>
Extrapulmonaire <sup>b</sup>			→ CAT I or III <sup>c</sup>	

- a Si un seul échantillon de crachats est positif, le patient VIH-positif est considéré comme à frottis positif. Le patient VIH-négatif doit être adressé à un médecin pour diagnostic.
- b Les cas pulmonaires à frottis négatif et les cas extrapulmonaires ont rarement été traités auparavant (traitement après échec, rechute, traitement après abandon, chronique). Le diagnostic doit être basé sur les données bactériologiques et pathologiques.
- c Selon les recommandations de l’OMS, le traitement pour la catégorie III peut être le même que pour la catégorie I. Chaque pays décidera s’il fait entrer dans la catégorie I et la catégorie III des schémas thérapeutiques différents ou non. S’ils sont différents, le choix du schéma thérapeutique pour un patient particulier dépendra de la gravité de la maladie.



Le statut sérologique par rapport au VIH du patient tuberculeux n'affecte pas le choix de la catégorie de traitement.

Toutefois, les patients VIH-positifs sous traitement antirétroviral ne devraient pas être placés sous traitement antituberculeux à l'établissement de santé de premier niveau.

Si le patient est déjà sous antirétroviraux en cas de tuberculose à frottis positif ou lorsqu'on suspecte une tuberculose à frottis négatif, consulter un médecin ou référer à un médecin ou à l'hôpital de district pour le plan de traitement. Il existe en effet de nombreuses possibilités et problèmes potentiels à considérer : un échec du traitement antirétroviral ; une réinfection ou réactivation de la tuberculose ; une tuberculose évolutive devenue manifeste du fait d'un syndrome de reconstitution immunitaire ; ou un traitement antiviral à modifier.

<p>Qui ne peut pas commencer un traitement antituberculeux à l'établissement de santé de premier niveau ?</p>	<p>Tout patient VIH-positif atteint de tuberculose déjà placé sous TAR. Ces patients doivent être vus par un médecin avant de commencer un traitement antituberculeux.</p> <p>Un patient à frottis positif pour la tuberculose :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En traitement après abandon</li><li>• Chronique ou atteint de tuberculose polychimiorésistante ou ultrarésistante</li></ul>
<p>Qui peut commencer un traitement antituberculeux à l'établissement de santé de premier niveau ?</p>	<p>Les patients VIH-positifs à frottis positif pour la tuberculose qui ne sont pas sous TAR et qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nouveaux</li><li>• Des rechutes*</li><li>• En traitement après échec*</li></ul> <p>Lorsqu'il n'est pas possible de référer le patient à un service spécialisé, commencer également le traitement antituberculeux des patients VIH-positifs qui ont ou chez qui l'on suspecte :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Une tuberculose à frottis négatif</li><li>• Une tuberculose extrapulmonaire</li></ul>

\* Note : Les patients VIH-positifs atteints de tuberculose ont un risque plus élevé de rechute et d'échec. Chez un patient VIH-positif qui rechute ou dont le traitement de catégorie I échoue, commencer le traitement de catégorie II et consulter le médecin du district dès que possible après le début du traitement antituberculeux. Les patients infectés par le VIH peuvent avoir un risque plus élevé d'exposition aux formes pharmacorésistantes de la tuberculose et sont susceptibles de présenter un taux plus élevé de mortalité en raison de la résistance aux médicaments que les patients tuberculeux qui ne sont pas infectés par le VIH. C'est pourquoi, si un patient tuberculeux infecté par le VIH a séjourné dans des établissements ou des milieux qui ont connu des flambées de TB-PCR ou une forte prévalence de TB-PCR, et en fonction des directives nationales et de la disponibilité, il peut également être recommandé d'envoyer un échantillon de crachats prélevé avant traitement pour test de sensibilité aux médicaments.

## **B4**      **Sélectionner le schéma antituberculeux**

On se basera sur la catégorie de traitement antituberculeux ou sur le schéma thérapeutique antituberculeux ou antituberculeux antirétroviral conseillé par le médecin. Tenir compte de la grossesse et de la contraception.

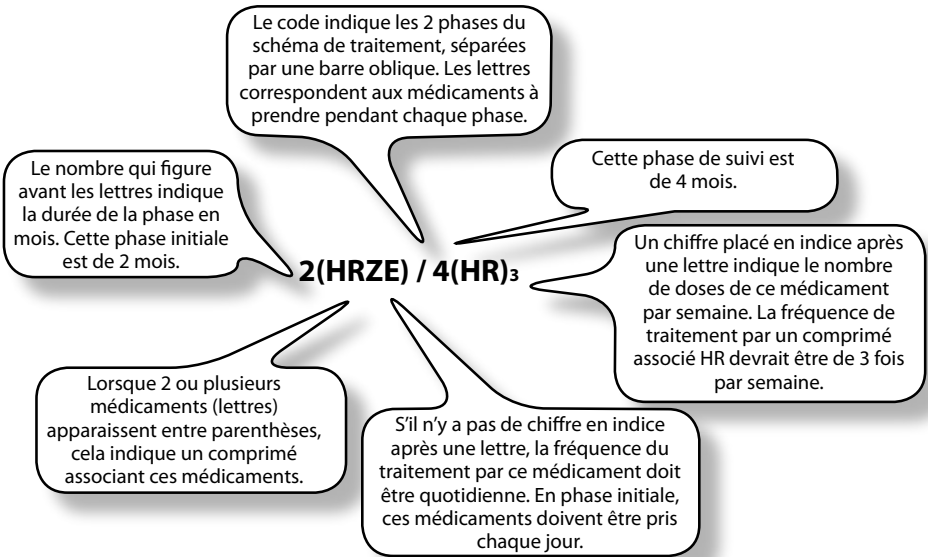
### **B4.1**      **Sélection du schéma antituberculeux sur la base de la catégorie de traitement**

Les schémas thérapeutiques antituberculeux sont décrits au moyen d'un code standard où à chaque médicament antituberculeux correspond une abréviation.

Ces abréviations sont :

Isoniazide	<b>(H)</b>
Rifampicine	<b>(R)</b>
Pyrazinamide	<b>(Z)</b>
Ethambutol	<b>(E)</b>
Streptomycine	<b>(S)</b>

**Exemple 1 : Un schéma de catégorie I couramment utilisé est rédigé comme suit :**



Le schéma ci-dessus utilise 2 associations fixes (AF). Pendant la phase initiale de 2 mois, le patient tuberculeux doit prendre chaque jour un nombre (déterminé selon son poids) de comprimés associant isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol.

Pendant la phase de suivi, le patient prendra un certain nombre de comprimés d'une association fixe d'isoniazide et de rifampicine (HR) 3 fois pas semaine pendant 4 mois.

**Exemple 2 : Un schéma de catégorie II couramment utilisé est rédigé comme suit :**

**2(HRZE)S/1(HRZE)/5(HR)3E3**

La phase initiale est de 3 mois mais comporte deux parties. Pendant 2 mois, le traitement médicamenteux comprend une association fixe d'isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol (HRZE) administrée quotidiennement ainsi qu'une injection quotidienne de streptomycine (S). Le troisième mois, le traitement médicamenteux consiste en un comprimé associé (HRZE) ; la streptomycine n'est plus administrée.

La phase de suivi est de 5 mois. Le traitement médicamenteux consiste en un comprimé d'une association fixe (HR) administré 3 fois par semaine (le chiffre 3 en indice après les lettres) et l'éthambutol (E) administré également 3 fois par semaine.

## Schéma de catégorie I

Schéma	Phase initiale (2 mois)		Phase de suivi (4 ou 6 mois)	
	2(HRZE)		4(HR) <sub>3</sub>	6(HE)**
	Quotidiennement 56 doses totales		3 fois par semaine 48 doses totales	Quotidiennement 168 doses totales
	(isoniazide 75 mg + rifampicine 150 mg + pyrazinamide 400 mg + éthambutol 275 mg)		(isoniazide 150 mg + rifampicine 150 mg) pendant 4 mois	(isoniazide 150 mg + éthambutol 400 mg) pendant 6 mois
Poids du patient				
30-39 kg	2	2	1.5	
40-54 kg	3	3	2	
55-70 kg	4	4	3	
Plus de 70 kg	5	5	3	

## Schéma de catégorie II

Schéma	Phase initiale (3 mois)		Phase de suivi (5 mois)	
	2(HRZE)S/1(HRZE)		5(HR) <sub>3</sub> E <sub>3</sub>	5(HR)E
	Quotidiennement 84 doses totales de HRZE plus 56 doses de S		3 fois par semaine 60 doses totales	Quotidiennement 140 doses totales
	(isoniazide 75 mg + rifampicine 150 mg + pyrazinamide 400 mg + éthambutol 275 mg)	Streptomycine (flacons, IM) (2 mois)	(isoniazide 150 mg + rifampicine 150 mg) + éthambutol 400 mg	(isoniazide 150 mg + éthambutol 400 mg) + éthambutol 400 mg
Poids du patient				
30-39 kg	2	0.500	2 + 2	2 + 1.5
40-54 kg	3	0.750	3 + 4	3 + 2
55-70 kg	4	1 g*	4 + 6	4 + 3
Plus de 70 kg	5	1 g*	5 + 6	5 + 3

\* 750 mg pour les patients âgés de plus de 60 ans.

## Schéma de catégorie III

Schéma	Phase initiale (2 mois)		Phase de suivi (4 ou 6 mois)	
	2(HRZ)		4(HR) <sub>3</sub>	6(HE)**
	Quotidiennement 56 doses totales		3 fois par semaine 48 doses totales	Quotidiennement 168 doses totales
	(isoniazide 75 mg + rifampicine 150 mg + pyrazinamide 400 mg)		(isoniazide 150 mg + rifampicine 150 mg) pendant 4 mois	(isoniazide 150 mg + éthambutol 400 mg) pendant 6 mois
Poids du patient				
30-39 kg	2	2	1.5	
40-54 kg	3	3	2	
55-70 kg	4	4	3	
Plus de 70 kg	5	5	3	

\*\* Les schémas en gris avec 6(HE) par jour pendant la phase de suivi peuvent être associés à un taux plus élevé d'échecs thérapeutiques et de rechutes par rapport au schéma de 6 mois comprenant de la rifampicine pendant la phase de suivi.

## B4.2 Traitement antituberculeux dans des situations particulières

### Si la femme utilise une contraception orale :

- ❖ Il y a interaction entre la rifampicine et les contraceptifs oraux, avec un risque de baisse de la protection contre la grossesse. Si une femme prend de la rifampicine, elle ne devrait pas utiliser de pilules ou d'implants, car l'efficacité contraceptive peut être diminuée. Elle peut utiliser des contraceptifs injectables.

### Si la femme est enceinte :

- ❖ La plupart des antituberculeux peuvent être utilisés sans danger pendant la grossesse, à l'exception de la streptomycine. Ne pas administrer de streptomycine à une femme enceinte, car elle peut entraîner une surdité permanente chez l'enfant. Les femmes enceintes atteintes de tuberculose doivent être traitées, mais leur schéma thérapeutique ne doit pas comporter de streptomycine. Utiliser l'éthambutol à la place de la streptomycine.
- ❖ Si l'on ignore si la femme est enceinte et quel est son statut sérologique par rapport au VIH, proposer un test de dépistage du VIH et une séance de conseil et expliquer les avantages qu'il y a à connaître son statut sérologique (proposer des interventions de PTME – voir section 8.6 du module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention*).

### Si la femme allaite :

- ❖ Une femme allaitante atteinte de tuberculose peut être traitée au moyen d'un schéma adapté à la classification de sa maladie et en fonction du traitement antérieur. La mère et l'enfant devraient rester ensemble et l'enfant devrait continuer à être nourri normalement au sein. Administrer au nourrisson un traitement préventif (isoniazide). Lorsque le traitement préventif est achevé, administrer le BCG au nourrisson s'il n'est pas encore vacciné.



**B5**

***Chez le patient tuberculeux VIH-positif, décider si et quand consulter ou référer le patient pour plan de traitement conjoint antituberculeux-antirétroviral***

**C'est à un médecin spécialisé dans la co-infection tuberculose-VIH de décider quand commencer les antirétroviraux et quel doit être le schéma thérapeutique.**

**La décision d'administrer un traitement antirétroviral à un patient tuberculeux doit être prise par un médecin spécialisé dans la prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH. L'agent de santé de l'établissement de premier niveau doit cependant décider s'il doit et quand consulter un médecin ou référer le patient au médecin ou à l'hôpital de district.**

Pour cela, utiliser le stade clinique, déterminer si le patient est déjà sous antirétroviraux, et utiliser la taux de CD4 (si disponible). Il est recommandé de préférence pour de nombreux patients présentant une co-infection tuberculose-VIH de terminer le traitement antituberculeux, avant de commencer le traitement antirétroviral. Toutefois, si l'état clinique du patient est mauvais (autres signes de stade clinique 3 ou 4 du VIH ou taux de CD4 inférieure à 350/mm<sup>3</sup>), il pourrait être nécessaire de référer le patient pour TAR plus tôt.

Si le patient n'est pas sous TAR, commencer immédiatement le traitement antituberculeux ou, s'il est déjà commencé, **poursuivre** le traitement antituberculeux.





## Si le patient n'est pas sous TAR et si l'on ne dispose pas de taux de CD4 :

Etat clinique du patient	Comment prendre en charge – quand consulter un médecin ou référer à un médecin
Tuberculose pulmonaire à frottis positif seulement (pas d'autres signes de stade clinique 3 ou 4) et patient prenant du poids avec le traitement.	Continuer le traitement antituberculeux. Réévaluer après une phase intensive de traitement antituberculeux pour déterminer si oui ou non commencer le TAR pendant le traitement antituberculeux ou après la fin de celui-ci.
Tuberculose pulmonaire à frottis négatif seulement (pas d'autres signes de stade clinique 3 ou 4) et patient prenant du poids pendant le traitement.	Continuer le traitement antituberculeux. Réévaluer après la phase intensive de traitement antituberculeux pour déterminer si oui ou non commencer le TAR pendant le traitement antituberculeux ou après la fin de celui-ci.
Tuberculose pulmonaire quelle qu'elle soit et patient présentant des signes de stade clinique 4 ou candidose, pyomyosite, pneumonie récurrente, diarrhée persistante, température prolongée d'installation récente, ou perte de poids sous traitement ou en l'absence d'amélioration clinique.	Commencer le traitement antituberculeux. Référer immédiatement au médecin de district pour TAR. Le traitement antirétroviral doit probablement être débuté immédiatement.
Tuberculose extrapulmonaire.	Commencer le traitement antituberculeux. Référer immédiatement au médecin de district pour TAR conjoint. Le traitement antirétroviral doit probablement être débuté immédiatement.

## Si le patient n'est pas sous TAR et si l'on dispose du taux de CD4 :

CD4	Comment prendre en charge
Si CD4 <200/mm <sup>3</sup>	Commencer le traitement antituberculeux. Référer immédiatement au médecin de district pour TAR conjoint. Celui-ci doit être institué dès que le traitement antituberculeux est toléré (entre 2 semaines et 2 mois).
Si CD4 entre 200 et 350/mm <sup>3</sup>	Commencer le traitement antituberculeux. Référer au médecin de district pour TAR conjoint après phase intensive (sauf si des infections de stade 3 ou 4 autres que la tuberculose sont présentes, auquel cas référer immédiatement).
Si CD4 >350/mm <sup>3</sup>	Commencer le traitement antituberculeux. Reporter le TAR jusqu'à ce que le traitement antituberculeux soit terminé sauf si des infections de stade 4 autres que la tuberculose sont présentes.

Tout patient VIH-positif recevant un schéma thérapeutique antituberculeux contenant de l'isoniazide devrait également recevoir de la pyridoxine 10 mg par jour pour prévenir une neuropathie périphérique.

**B6**

## Schémas courants de traitement conjoint antituberculeux-antirétroviral

**Le moment où doivent être institués le traitement antirétroviral et le schéma thérapeutique doit être décidé par un médecin qualifié.**

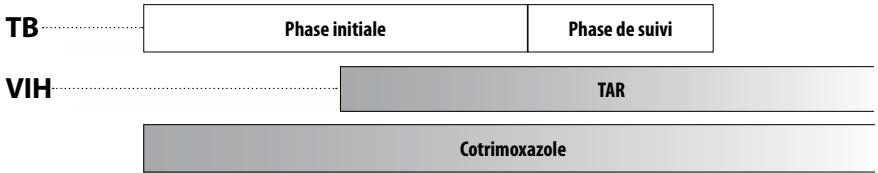
**L'agent de santé de l'établissement de premier niveau aidera à prendre en charge le patient placé sous traitement conjoint antituberculeux-antirétroviral une fois que le médecin aura décidé du plan de traitement.**

Un patient placé sous traitement conjoint antituberculeux-antirétroviral aura davantage de comprimés à prendre et davantage de risques de subir des effets secondaires. Apprendre au patient à prendre en charge les effets secondaires légers à modérés et à signaler immédiatement à l'agent de santé les effets graves (voir section F).

Les exemples suivants comprennent de la rifampicine pendant la phase initiale et la phase de suivi du traitement antituberculeux. Le patient reçoit également du cotrimoxazole et un TAR à base d'EFV si le traitement est institué pendant le traitement antituberculeux.

Le schéma thérapeutique suppose de nombreux comprimés et plusieurs changements qui demandent une formation rigoureuse du patient et de la personne qui soutient le traitement à chaque changement. Le traitement antituberculeux ne doit pas nécessairement être pris le matin.

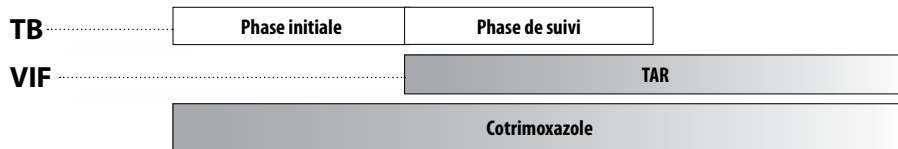
### Exemple 1 : Commencer le TAR dès que le traitement antituberculeux est toléré














	Phase initiale TB – jusqu'à tolérance	Jusqu'à la fin de la phase initiale TB	Pendant la phase de suivi	Après la fin du traitement antituberculeux
	HRZE (AF): 	HRZE (AF): 	HR (AF, 3 fois par semaine): 	d4T-3TC (AF): 
	CTX: 	d4T-3TC (AF):  CTX 	d4T-3TC (AF):  CTX 	CTX 
		d4T-3TC (AF): EFV (séparément): 	d4T-3TC (AF): EFV (séparément): 	d4T-3TC (AF): EFV (séparément): 

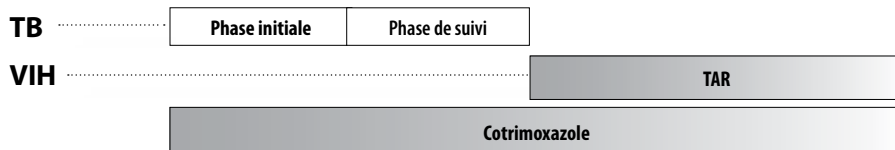














## Exemple 2 : Commencer le TAR après la phase initiale de traitement antituberculeux



	Pendant la phase initiale TB	Pendant la phase de suivi	Après la fin du traitement TB
	HRZE (AF):   CTX: 	HR (AF, 3 fois par semaine):   d4T-3TC (AF):   CTX 	d4T-3TC (AF):   CTX 
		d4T-3TC (AF): EFV (séparément): 	d4T-3TC (AF): EFV (séparément): 

## Exemple 3 : Commencer le TAR une fois le traitement antituberculeux achevé



	Pendant la phase initiale TB	Pendant la phase de suivi	Après la fin du traitement TB	A partir de la troisième semaine de TAR
	HRZE (AF):   CTX: 	HE (AF):   CTX 	d4T-3TC-NVP (AF):   CTX 	d4T-3TC-NVP (AF):   CTX 
			d4T-3TC (AF): 	d4T-3TC-NVP (AF): 

**Notes:**

# C Préparer la fiche de traitement antituberculeux du patient et, s'il est VIH-positif, la fiche de soins VIH/TAR

## **C1 Préparer une fiche de traitement antituberculeux (voir formulaires)**

### ❖ Informations générales sur le patient :

- Nom, sexe, âge, adresse (suffisante pour retrouver les patients perdus de vue).
- Identification : numéro du registre de la tuberculose, du district, date d'enregistrement.
- Etablissement de santé : nom de l'établissement de santé chargé de tenir la fiche de traitement.
- Accompagnateur de traitement : nom de la personne responsable de la supervision du traitement.
- Adressé par : cocher pour indiquer qui a adressé le patient pour diagnostic/traitement.

### ❖ Données cliniques :

- Localisation de la tuberculose et type de patient.
- Microscopie des frottis : au début du traitement (mois 0) ou à quel mois de traitement, date du prélèvement, numéro du laboratoire, résultat (codage normalisé), poids du patient.
- Co-infection tuberculose-VIH, test de dépistage du VIH : la date et le résultat du test devront être enregistrés pour vérifier que le patient connaît son statut. Cela comprend les résultats de tests obtenus précédemment. On utilisera les mêmes symboles et abréviations pour enregistrer le résultat du test VIH, par exemple + positif, – négatif, I indéterminé, NP non pratiqué/inconnu. Les signes + et – devront être encadrés pour bien montrer qu'ils représentent un résultat.
- En cas de co-infection tuberculose-VIH, début du traitement préventif au cotrimoxazole (CPT) : on enregistrera la date à laquelle le patient a reçu la première dose de cotrimoxazole, ou P (précédent) si le patient est toujours sous CPT commencé avant le diagnostic de tuberculose. Si le patient n'est pas admissible au traitement, il faudra l'indiquer dans la case CPT avec la raison.

- En cas de co-infection tuberculose-VIH, début du TAR : la date à laquelle le patient a été placé sous TAR doit être enregistrée.
  - Catégorie de traitement antituberculeux.
  - Schéma thérapeutique. Enregistrer le schéma thérapeutique pour la phase initiale au recto de *la fiche de traitement antituberculeux*. Enregistrer le schéma thérapeutique pour la phase de suivi au dos. Sous association de médicaments, enregistrer le nombre de comprimés, ou le nombre de g s'il s'agit de streptomycine.
- ❖ Au dos de la fiche :
- Radiographie : résultat au début du traitement (si frottis négatif à la microscopie).
  - Soins VIH, numéro d'enregistrement pré-TAR : tous les patients tuberculeux VIH-positifs devraient être adressés et/ou enregistrés pour soins du VIH. Le numéro d'enregistrement du patient pour soins du VIH devrait être enregistré ici.
  - Soins VIH, taux CD4 : si la taux CD4 est utilisée pour déterminer si un patient tuberculeux doit être placé sous TAR, le résultat de l'analyse la plus récente doit être enregistré sur la fiche du patient.
  - Soins VIH, admissibilité TAR, date d'admissibilité évaluée et numéro d'enregistrement TAR : l'admissibilité au TAR du patient doit être évaluée et enregistrée (oui, non, inconnu). La date à laquelle le patient a été jugé admissible doit également être enregistrée, de même que le numéro du registre TAR si le patient est déjà sous antirétroviraux.



**C2**

***Chez le patient tuberculeux VIH-positif, actualiser la fiche de soins VIH/TAR ou préparer une fiche de référence pour soins VIH***

- ❖ Si votre dispensaire propose des soins du VIH, préparer une fiche de soins VIH/TAR. Voir les instructions dans le module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention*.
- ❖ Si vous avez besoin de référer le patient à un autre établissement pour soins du VIH, remplir un *formulaire de référence tuberculose/VIH*. Voir ce formulaire page suivante.

Chaque fois qu'un patient se rend dans l'établissement, vous devez :

- ❖ Mettre à jour la *fiche de traitement antituberculeux* ;
- ❖ Mettre à jour la *fiche de soins VIH/TAR* ; et
- ❖ Mettre à jour le registre pré-TAR ou TAR que le patient soit ou pas sous TAR.

## Exemple : FORMULAIRE DE REFERENCE TUBERCULOSE/VIH

Nom du patient \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Número d'enregistrement du patient pour la tuberculose \_\_\_\_\_

Adressé par \_\_\_\_\_  
(Nom du dispensaire/établissement de santé qui dispense le traitement antituberculeux)

Nom du médecin qui adresse le patient : \_\_\_\_\_

Adressé à \_\_\_\_\_  
(Nom du dispensaire/établissement de soins VIH, CDV, PTME)

Cotrimoxazole institué : oui non Date de début du traitement : \_\_\_\_\_

Médicaments antituberculeux actuels : (cocher tous les médicaments utilisés)

Date de début du traitement antituberculeux : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

\_\_\_ isoniazide                      \_\_\_ pyrazinamide                      \_\_\_ streptomycine

\_\_\_ rifampicine                      \_\_\_ éthambutol                      \_\_\_ autres :

Note du dispensaire/établissement de soins du VIH au dispensaire/établissement de soins de la tuberculose

(Nom du dispensaire : \_\_\_\_\_)

Nom du praticien : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Cotrimoxazole institué : oui non Date de début du traitement : \_\_\_\_\_

Médicaments antirétroviraux prescrits :

\_\_\_ zidovudine (AZT OU ZDV)                      \_\_\_ didanosine (ddl)                      \_\_\_ nelfinavir (NFV)

\_\_\_ stavudine (d4T)                      \_\_\_ abacavir (ABC)                      \_\_\_ saquinavir/ritonavir (SQV/r)

\_\_\_ lamivudine (3TC)                      \_\_\_ ténofovir (TDF)

\_\_\_ névirapine (NVP)                      \_\_\_ Indinavir/ritonavir (IDV/r)

\_\_\_ éfavirenz (EFV)                      \_\_\_ lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Notes au praticien chargé de la tuberculose :

Signé : \_\_\_\_\_



# D Fournir des informations de base sur la tuberculose ou la co-infection tuberculose-VIH au patient, à la famille et aux accompagnateurs de traitement

## D1 Informer sur la tuberculose

Utilisez ce guide pour vous souvenir des questions à poser et de ce que vous devrez dire au cours d'une première séance d'information d'un patient tuberculeux. La colonne de gauche comprend des exemples de questions à poser à ces patients. La colonne de droite contient des messages en rapport avec les questions de la colonne de gauche. Insistez sur certains messages en fonction des patients, selon leur niveau de connaissance de la tuberculose.

<b>Pendant toute la consultation :</b> Adoptez une attitude respectueuse et attentive. Encouragez le patient. Parlez clairement et simplement. Encouragez le patient à poser des questions.	
<b>Posez au patient des questions comme :</b>	<b>Puis faites passer des messages pertinents :</b>
<p>Pour vous, qu'est-ce que la tuberculose ?</p> <p>A quoi pensez-vous que votre maladie est due ?</p>	<p><b>Qu'est-ce que la tuberculose ?</b></p> <p>La tuberculose est une maladie provoquée par un germe inhalé dans les poumons. Les germes de la tuberculose peuvent s'installer n'importe où dans l'organisme, mais nous entendons surtout parler de tuberculose pulmonaire. Lorsque les poumons sont atteints, la personne tousse et crache (du mucus produit par les poumons) et ne respire pas facilement. Faute d'un traitement adapté, on peut mourir de la tuberculose.</p>
<p>Avez-vous déjà rencontré une personne atteinte de tuberculose ? Que lui est-il arrivé ?</p> <p>Savez-vous que l'on peut guérir complètement de la tuberculose ?</p>	<p><b>La tuberculose peut être guérie</b></p> <p>La tuberculose peut être guérie au moyen d'un traitement médicamenteux correct. Le patient doit prendre tous les médicaments recommandés pendant toute la durée du traitement pour être guéri.</p> <p>Les médicaments contre la tuberculose sont gratuits.</p> <p>Le traitement peut être effectué sans interrompre sa vie normale ou son travail.</p>
<p>Comment pensez-vous que la tuberculose se propage ?</p>	<p><b>Comment se propage la tuberculose</b></p> <p>La tuberculose se propage lorsqu'une personne infectée tousse ou éternue, répandant en gouttelettes des germes de la tuberculose dans l'air. D'autres personnes peuvent respirer ces germes et être ainsi infectées.</p> <p>Il est facile de transmettre les germes aux membres de sa famille lorsque de nombreuses personnes vivent en contact étroit. Tout le monde peut attraper la tuberculose. Toutefois, toutes les personnes infectées par la tuberculose ne sont pas malades.</p>
<p>Comment peut-on éviter de propager la tuberculose ?</p>	<p><b>Comment éviter de transmettre la tuberculose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre régulièrement son traitement pour guérir.</li> <li>• Se couvrir la bouche et le nez lorsque l'on tousse ou que l'on éternue.</li> <li>• Ouvrir les portes et les fenêtres pour laisser entrer l'air dans la maison en utilisant un ventilateur.</li> <li>• Utiliser des ampoules UV.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> <p>Il n'y a pas besoin d'une alimentation particulière ni de stériliser les plats ou les ustensiles du ménage.</p> </div>

<p>Combien de personnes vivent avec vous ? De quel âge ?</p> <p>Y a-t-il quelqu'un d'autre dans votre ménage qui tousse ? Qui ?</p>	<p><b>Qui d'autre devrait être examiné ou dépisté pour rechercher la tuberculose ?</b></p> <p>Tous les enfants âgés de moins de 5 ans vivant dans le ménage devraient être examinés pour rechercher des symptômes de tuberculose. C'est particulièrement important, car les enfants de moins de 5 ans sont exposés à des formes graves de la maladie. Les jeunes enfants pourront avoir besoin de mesures préventives ou bien d'être adressés à un médecin.</p> <p>Les autres membres du ménage devraient être soumis à un test de recherche de la tuberculose s'ils toussent.</p>
<p>Pouvez-vous expliquer pourquoi il est important que quelqu'un d'autre vous observe prendre vos comprimés ?</p>	<p>Un agent de santé doit vous regarder avaler tous les médicaments prescrits. Cela permet de vérifier que vous prenez les bons médicaments régulièrement à la bonne heure. Si vous avez besoin d'injections, elles seront administrées convenablement. En vous voyant régulièrement, l'agent de santé remarquera si vous avez des effets secondaires ou d'autres problèmes.</p> <p>Si vous ne prenez pas tous les médicaments, vous allez continuer à propager la tuberculose autour de vous dans votre famille ou votre communauté et vous ne pourrez pas guérir. Il est dangereux d'interrompre le traitement, car la maladie devient alors incurable. Avec le traitement sous surveillance directe, l'agent de santé saura si vous avez manqué une dose et se penchera rapidement sur le problème.</p> <p>Si vous devez vous déplacer ou si vous prévoyez de déménager, informez-en l'agent de santé afin qu'il puisse prendre des dispositions pour que le traitement se poursuive sans interruption.</p>
<p>Pendant combien de temps devez-vous prendre les médicaments ? A quelle fréquence et où devez-vous vous rendre en consultation ?</p>	<p>Expliquez au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la durée du traitement</li> <li>• la fréquence des visites pour prendre le traitement</li> <li>• où se rendre pour le traitement.</li> </ul> <p><i>(Si des boîtes de médicaments préassemblées sont utilisées)</i> Tous les médicaments destinés à votre traitement sont conservés dans une boîte où figure votre nom de sorte que le centre de santé ne sera pas à court de médicaments.</p>
<p>A quoi devez-vous attendre lorsque vous prenez des médicaments ? Que devrez-vous faire ensuite ?</p>	<p><i>(Si le patient prend de la rifampicine)</i> Votre urine peut se colorer en orange/rouge à cause du médicament. C'est normal et ce n'est pas douloureux. Si vous vous sentez nauséux à cause des médicaments, apportez quelque chose à manger lorsque vous prendrez la prochaine dose.</p> <p>Le traitement ne doit pas vous empêcher de mener une vie normale ni de travailler.</p> <p>Vérifiez que le patient sait exactement où et quand se rendre pour le prochain traitement. Posez des questions pour vérifier qu'il lui sera possible de venir et qu'il y est décidé.</p> <p>Rappelez au patient de venir avec les membres de la famille ou autre contact étroit chez qui un test de recherche de la tuberculose doit être effectué.</p>
<p><b>Révision :</b> Posez des questions de contrôle (pour vérifier que le patient se souvient des points importants et sait quoi faire). Insistez sur les messages précédents ou donnez de plus amples informations si besoin.</p>	

**D2**

## ***Pour les patients VIH-positifs, informer également sur le VIH et préparer à l'autoprise en charge et à la***

### **Expliquer comment le VIH se transmet et ne se transmet pas**

Le VIH est un virus qui détruit certaines parties du système immunitaire (les défenses de l'organisme). Une personne infectée par le VIH peut ne pas se sentir malade au début mais, lentement, le système immunitaire est détruit. Elle tombe malade et est incapable de lutter contre l'infection. Une fois une personne infectée par le VIH, elle peut transmettre le virus à d'autres même si elle ne présente pas encore de symptômes.

Le VIH peut se transmettre :

- par l'échange de liquides corporels infectés par le VIH tels que le sperme, des sécrétions vaginales et le sang au cours de rapports sexuels non protégés ;
- par transfusion de sang infecté par le VIH ;
- par injection de drogues ;
- par le partage d'instruments de tatouage, de scarification ou de circoncision ;
- d'une mère infectée à son enfant :
  - pendant la grossesse ;
  - pendant le travail et l'accouchement ;
  - après l'accouchement, pendant l'allaitement.

Le VIH ne se transmet pas en prenant quelqu'un dans ses bras ou en l'embrassant, ni par les piqûres de moustique.

### **❖ Expliquer quels sont les traitements et les soins disponibles pour le VIH, notamment :**

- Prophylaxie par le cotrimoxazole.
- Suivi et soutien réguliers.
- Traitement des infections.
- Traitement antirétroviral. (Expliquer quelle est la disponibilité et quand il est utilisé. Voir le module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention*.)
- Interventions visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant.
- Conseil pour la prise de décisions éclairées quant aux futures grossesses et conseil en matière de planification familiale.
- Soutien et conseil.
- Soutien pour aider à révéler son état.

### **❖ Prodiguer des conseils et un soutien après le test**

Donner des conseils sur la prévention de base et la prévention positive (voir section 1 et section 11 du module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention*).



### ❖ Aider le patient à révéler sa séropositivité

- Expliquer les avantages qu'il y a à révéler son état.
- Demander au patient s'il a révélé le résultat ou est prêt à révéler le résultat à quelqu'un.
- Parler des préoccupations que suscite le fait de révéler son état au partenaire, aux enfants ou à d'autres membres de la famille ou amis.
- Evaluer si le patient est prêt à révéler sa séropositivité et à qui. Evaluer l'existence d'un réseau social (commencer par les personnes les plus sûres).
- Evaluer le soutien social et les besoins. Voir annexe A.4 du module *PCIMAA Soins chroniques du VIH traitement antirétroviral et prévention*.
- Fournir des moyens pouvant aider à révéler son état (le jeu de rôles et la répétition peuvent aider).
- Aider le patient à prévoir comment révéler son état.
- Encourager le patient à faire venir son partenaire pour envisager un test ; recenser les obstacles à cela.
- Rassurer le patient en lui garantissant que vous garderez le résultat confidentiel.
- En cas de risque de violence domestique, prévoir des mesures pour assurer la sécurité de la patiente.
- Si le patient ne souhaite pas révéler le résultat du test, l'assurer que les résultats resteront confidentiels.
- Etudier les difficultés et les obstacles qui se présentent à lui pour révéler son état. Aborder ses peurs ou le manque de moyens (l'aider à acquérir les moyens).
- Continuer à motiver le patient. Evoquer la possibilité de nuire à d'autres.
- Proposer un autre rendez-vous et un soutien complémentaire en cas de besoin (conseil par des pairs).

### ❖ Surtout pour les femmes, évoquer les avantages et les inconvénients possibles qu'il y a à révéler un résultat positif et à associer et dépister les partenaires.

- Les hommes sont généralement ceux qui prennent les décisions dans la famille et la communauté. Les associer permettra :
  - d'avoir davantage d'impact en faisant mieux accepter l'utilisation du préservatif et les pratiques sexuelles à moindre risque pour éviter l'infection ;
  - d'aider à éviter des grossesses non désirées ;
  - d'aider à réduire le risque de soupçons et de violence ;
  - d'aider à accroître le soutien des partenaires ;
  - de les inciter à se faire dépister.
- Inconvénients qu'il y a à associer le partenaire et le faire dépister : risque de culpabilisation, de violence et d'abandon.

L'agent de santé devra essayer de conseiller les couples ensemble dans la mesure du possible.



**D3**

***Si le patient tuberculeux n'a pas subi de test de dépistage du VIH, a subi le test mais ne souhaite pas connaître les résultats, ou ne révèle pas le résultat***

- ❖ Expliquer la marche à suivre pour tenir les résultats confidentiels.
- ❖ Insister sur l'importance du test de dépistage et des avantages d'en connaître le résultat.
- ❖ Dispenser des conseils préalables au test.
- ❖ Envisager ce qui peut empêcher le patient de se faire tester, de vouloir connaître les résultats ou de vouloir les révéler (peurs, idées fausses, etc.).

**Notes:**



# E Traitement préventif

## ***E1 Pour tous les patients tuberculeux VIH-positifs, proposer une prophylaxie par le cotrimoxazole (pour prévenir d'autres infections)***

**Conseiller** le patient sur l'avantage de la prophylaxie par le cotrimoxazole.

### **Commencer**

- ❖ Demander s'il a des antécédents d'allergie aux sulfamides (au cotrimoxazole/Septrin®, Bactrim®, Spetra®, S-P/Fansidar®, etc.).

### **Délivrer**

- ❖ Si le patient est aussi sous traitement antituberculeux sous surveillance directe, administrer le cotrimoxazole en même temps.
- ❖ S'il n'est pas sous traitement antituberculeux sous surveillance directe, délivrer les médicaments pour un mois. Programmer une visite de contrôle 2 jours avant que les médicaments ne soient épuisés.
- ❖ Administrer un comprimé à double concentration (960 mg) ou deux comprimés normaux (480 mg) par jour.

### **Surveiller**

- ❖ Interroger sur les symptômes.
- ❖ Vérifier qu'il n'y a pas d'éruption ni de pâleur.
- ❖ Vérifier l'observance du traitement, demander si le patient a pris toutes les doses ; compter les comprimés restant dans le flacon. Enregistrer sur la fiche.

### **Action en cas de réactions indésirables au cotrimoxazole**

Nausées	Continuer le cotrimoxazole mais le prendre avec un peu de nourriture. En cas de vomissements graves ou persistants, consulter ou référer le patient à un service compétent.
Eruption	En cas d'éruption généralisée, ou de réaction à une association fixe, ou de peau qui pèle, ou d'atteinte de la bouche ou des yeux, cesser le cotrimoxazole et hospitaliser d'urgence (voir module <i>PCIMAA Soins aigus</i> ).
Pâleur ou hémoglobine <8 gm ou gencives qui saignent	Cesser le cotrimoxazole. Demander un avis ou référer le patient à un service compétent.
Jaunisse (ictère) d'installation récente	Cesser le cotrimoxazole. Demander un avis ou référer à un service compétent.

### **La prophylaxie par le cotrimoxazole chez l'enfant**

L'interprétation du test de recherche des anticorps anti-VIH chez l'enfant de moins de 18 mois est différente. Les anticorps maternels peuvent être transmis à l'enfant et conférer une immunité pouvant aller jusqu'à 18 mois, aussi un test positif peut indiquer une exposition au VIH ou une infection à VIH.

Mais le système immunitaire des jeunes enfants n'est pas entièrement développé et ils sont donc vulnérables aux infections opportunistes. Il est donc important de commencer la prophylaxie par le cotrimoxazole chez l'enfant potentiellement infecté par le VIH à 6 semaines.

Voir section 12 du module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention* pour davantage d'informations sur le diagnostic du VIH chez le nourrisson et comment et quand commencer le cotrimoxazole chez l'enfant.

## **E2** ***Pour les contacts familiaux des patients tuberculeux, envisager un traitement préventif par l'isoniazide (pour prévenir la tuberculose)***

Un contact familial est une personne qui vit (c'est-à-dire qui dort et prend au moins un repas par jour) au domicile d'un patient tuberculeux et qui est donc davantage exposée à l'infection.

Les patients tuberculeux devraient faire examiner au centre de santé les contacts familiaux suivants :

- ❖ tout enfant âgé de moins de 5 ans vivant dans le ménage ;
- ❖ tout autre membre du ménage qui tousse depuis plus de 2 ou 3 semaines ;
- ❖ toute personne du ménage qui est VIH-positive.

Sur ces contacts, les enfants de moins de 5 ans et les contacts adultes VIH-positifs devraient être placés sous traitement préventif par l'isoniazide si l'on a exclu une tuberculose évolutive.

### **Traitement préventif par l'isoniazide pour les contacts de patients tuberculeux âgés de moins de 5 ans**

- ❖ Les enfants âgés de moins de 5 ans sont particulièrement exposés s'agissant de la tuberculose.
  - Si un enfant de moins de 5 ans tousse, a de la fièvre ou a perdu du poids, le référer au médecin pour recherche de la tuberculose.
  - Si l'enfant n'a pas la tuberculose, administrer l'isoniazide quotidiennement pendant 6 mois pour prévenir son apparition.
- ❖ Prescrire le traitement préventif par l'isoniazide **UNIQUEMENT** aux enfants qui **n'ont pas** la tuberculose ou qui ont peut-être la tuberculose mais sont en bonne santé et prennent du poids.
- ❖ Administrer 5 mg/kg d'isoniazide chaque jour pendant au moins 6 mois.
- ❖ Voir l'enfant chaque mois. Donner des médicaments pour un mois à chaque visite.

Note : Si votre pays recommande également le traitement préventif par l'isoniazide pour d'autres contacts familiaux (enfants d'âge scolaire et/ou adultes), l'administrer également à ces contacts. Donner 5 mg/kg d'isoniazide par jour pendant au moins 6 mois jusqu'à une dose maximum de 300 mg.



## Traitement préventif par l'isoniazide chez les contacts VIH-positifs de patients tuberculeux

Le traitement préventif par l'isoniazide réduit le risque pour un contact VIH-positif d'un patient tuberculeux de contracter la tuberculose. Toutefois, il est très difficile d'exclure la tuberculose chez un patient VIH-positif. En fonction des directives nationales, un contact de patient tuberculeux VIH-positif pourra devoir être évalué par un médecin pour exclure la tuberculose évolutive. Le traitement préventif par l'isoniazide **ne doit être administré** à aucun enfant ou adulte atteint de tuberculose évolutive.

### Action en cas d'effets indésirables de l'isoniazide

#### Effets secondaires mineurs

<ul style="list-style-type: none"><li>• Anorexie, nausée, douleur abdominale</li><li>• Douleurs articulaires</li><li>• Sensation de brûlure dans les pieds</li></ul>	<p>Poursuivre l'isoniazide et :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrer l'isoniazide au moment du coucher</li><li>• Administrer de l'aspirine</li><li>• Augmenter la pyridoxine à 100 mg par jour</li></ul>
--	---

#### Effets secondaires majeurs

<ul style="list-style-type: none"><li>• Nouvelles démangeaisons cutanées ou éruption cutanée</li><li>• Vertiges ou nystagmus</li><li>• Jaunisse</li><li>• Vomissements</li><li>• Confusion</li><li>• Convulsion</li></ul>	<p>ARRETER l'isoniazide</p> <p>Référer le patient d'urgence à un médecin</p>
---	--

### **E3** ***Pour les contacts familiaux de patients tuberculeux âgés de moins de 2 ans, administrer la vaccination BCG si besoin***

La vaccination par le BCG peut réduire de 50 à 80 % les chances d'apparition d'une tuberculose grave (tuberculose généralisée et méningite tuberculeuse).

❖ Après un traitement préventif :

- Déterminer si l'enfant a déjà reçu le BCG en vérifiant le carnet de vaccination ou en recherchant une cicatrice sur le haut du bras gauche.
- Administrer une dose de vaccin BCG aux enfants de moins de deux ans qui n'ont pas encore reçu le vaccin.
- Comme pour tout vaccin, utiliser des instruments stériles pour administrer le BCG.
- Un enfant recevant un traitement préventif par l'isoniazide doit d'abord terminer le traitement par l'isoniazide avant de recevoir le BCG.

# F Préparer le patient tuberculeux ou infecté par la tuberculose et le VIH à l'observance du traitement

## F1 **Déterminer où le patient recevra le traitement sous surveillance directe (DOT)**

Examiner avec chaque nouveau patient :

- ❖ Le traitement spécifique dont il a besoin (traitement sous surveillance directe quotidien pendant 2 ou 3 mois pendant la phase initiale).
- ❖ Si le patient peut se rendre chaque jour au centre de santé. Note : Si le schéma thérapeutique du patient comprend une injection de streptomycine, un agent de santé qualifié doit surveiller le traitement et administrer des injections. Seul le centre de santé dispose généralement d'agents de santé qualifiés et des fournitures pour administrer des injections dans des conditions de sécurité.
  - **Si le patient peut venir au centre de santé chaque jour**, un agent de santé du centre surveillera directement le traitement.
  - **Si le patient ne peut pas facilement venir au centre de santé chaque jour**, lui expliquer qu'un accompagnateur de traitement communautaire, c'est-à-dire une personne extérieure au centre de santé, peut assurer le traitement sous surveillance directe.
    - Expliquer qu'un accompagnateur de traitement peut surveiller le traitement dans la communauté, y compris au domicile ou sur le lieu de travail du patient.
    - Cet accompagnateur de traitement conservera les médicaments du patient, l'observera avaler les médicaments chaque jour et enregistrera les données nécessaires (voir section B.5).
    - Si le patient a besoin d'un accompagnateur de traitement dans la communauté, examiner avec lui les lieux et les personnes possibles.

## **F2      *Préparer à l'observance***

### **F2.1      Préparer le patient à l'autoprise en charge**

- ❖ L'autoprise en charge du patient est importante même si les patients reçoivent un traitement sous surveillance directe.
- ❖ Utiliser les 5 A fondamentaux pour préparer le patient à l'observance, à savoir : Apprecier, Aviser, s'Accorder, Assister et Aménager
- ❖ Expliquer l'importance de l'autoprise en charge au moyen du *dossier d'éducation des patients*.

### **F2.2      Choisir un accompagnateur de traitement**

**L'accompagnateur de traitement doit être quelqu'un qui :**

- ✓ est choisi par le patient ou est accepté par lui
- ✓ est une personne respectée et de confiance dans la communauté
- ✓ a accepté la maladie du patient
- ✓ s'engage à accompagner le patient durablement
- ✓ a gagné la confiance du patient au fil du temps
- ✓ est disponible pour recevoir une formation
- ✓ est souvent disponible, en particulier les premiers mois du traitement
- ✓ traitera toutes les informations comme confidentielles.

**Les différents types d'accompagnateurs de traitement et leur proximité par rapport au patient**

Un accompagnateur de traitement peut être un membre de la communauté très proche du patient tel qu'un membre de la famille ou un ami. Il peut également s'agir de quelqu'un qui a déjà établi une relation avec les services de santé – qui est déjà rémunéré ou qui est déjà chargé d'activités liées à la santé.



### Tâches essentielles de l'accompagnateur de traitement


- ❖ **Soutien d'un pair** – Parler avec le patient de sa vie de tous les jours, de comment il se sent et des soucis ou problèmes qu'il pourrait rencontrer. Insister sur les messages clés de prévention.
- ❖ **Parler pour le patient** – Savoir repérer tout problème que peut avoir le patient et le signaler immédiatement au centre de santé (par exemple : problèmes de santé, problèmes pour prendre les médicaments, problèmes de logement, pas de nourriture, problèmes avec les membres de la famille ou les partenaires).
- ❖ **Conseil et éducation du patient** – Expliquer l'importance du respect du traitement et des visites régulières au centre de santé ; fournir des informations sur la prévention, le traitement, une attitude positive.
- ❖ **Surveiller les symptômes de nouveaux effets secondaires/infections opportunistes** et référer à l'établissement de santé si nécessaire – Cela ne concerne pas uniquement les patients, mais également les membres de la famille du patient et même d'autres membres de la communauté que l'accompagnateur de traitement peut rencontrer.
- ❖ **Soutien à l'observance** – doit être adapté à la situation individuelle du patient et reposer sur les besoins du patient et sur le respect mutuel entre celui-ci et le dispensateur de soins. Ces mesures peuvent comprendre la surveillance directe de la prise (traitement sous surveillance directe – DOT) aussi bien des antituberculeux que des antirétroviraux.

## Traitement sous surveillance directe

- ❖ convenir d'une heure et d'un lieu où rencontrer le patient.  
Ne pas le faire attendre.
- ❖ Donner les médicaments au patient à chaque rendez-vous selon le plan de traitement. Vérifier les médicaments pour vous assurer que tout est correct. Observer le patient avaler les médicaments.
- ❖ Enregistrer sur la fiche de traitement chaque fois que le patient prend les médicaments.
- ❖ Connaître les effets secondaires possibles. Au besoin, faire manger quelque chose au patient avec les comprimés pour diminuer les nausées. Référer le patient à l'établissement de santé si les effets secondaires persistent.
- ❖ Encourager le patient à continuer à venir recevoir son traitement.
- ❖ Réagir rapidement si le patient manque un rendez-vous. Si le patient manque une dose pendant plus de 24 heures, se rendre au domicile de celui-ci. Demander la cause de l'interruption. Administrer le traitement. Si vous ne pouvez pas trouver le patient ou le convaincre de poursuivre le traitement, contactez le centre de santé sans retard.
- ❖ Aller au centre de santé vous réapprovisionner en médicaments chaque mois. Demander au patient de vous accompagner si possible. Montrer la fiche de traitement du patient. Faire le point de l'état du patient et soulever tout problème éventuel.
- ❖ Prendre des dispositions au cas où vous même et le patient vous absentez pendant quelques jours. Donner au patient suffisamment de médicaments pour qu'il puisse les prendre pendant un maximum d'une semaine ou bien référer le patient au centre de santé pour décider ce qu'il faut faire. Quelqu'un sera peut-être appelé à vous remplacer.
- ❖ Vérifier que le patient se rend bien au centre de santé pour le prochain frottis de contrôle.

## F2.3 Former et superviser les accompagnateurs de traitement

### Comment préparer l'accompagnateur de traitement :

- ❖ Rencontrer l'accompagnateur avant d'obtenir son engagement pour lui expliquer ce que l'on attend de lui (engagement, confidentialité, connaissances médicales et, dans certains cas, répondre à des besoins d'urgence, par exemple en aidant à la maison ou avec les enfants en cas de problèmes survenus pendant le traitement, etc.).
- ❖ Expliquer ce que l'on entend par « confidentialité ».
- ❖ Pour les patients sous TAR, éduquer le patient et l'accompagnateur de traitement ensemble au moyen du *dossier d'éducation du patient, de la fiche de traitement du patient et du livret d'autoprise en charge pour le patient et le soignant*. 
- ❖ Pour les patients sous traitement antituberculeux, utiliser le matériel destiné à l'accompagnateur de traitement antituberculeux (voir page suivante).
- ❖ Expliquer comment rappeler au patient de prendre son médicament (et comment se mettre d'accord avec le patient sur la meilleure façon de le faire).
- ❖ Etre présent lors des visites de contrôle.
- ❖ Si le patient n'est pas capable de se souvenir de tout, l'aider à se souvenir des résultats d'épreuve importants et des antécédents cliniques dans le temps.
- ❖ Accompagner le patient aux réunions des groupes de soutien si possible.
- ❖ Lui apprendre à prévenir son propre épuisement (burn-out) (voir module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention*, annexe B.5).
- ❖ Préparer à fournir un soutien psychosocial.

### Ce que vous pouvez faire en plus :

- ❖ Organiser des réunions avec l'accompagnateur de traitement au centre, toutes les 2 semaines, pour traiter des problèmes qu'il pourrait avoir (usure, non-observance du traitement par les patients, obstacles au traitement et à l'observance, etc.).
- ❖ Donner un numéro de téléphone d'urgence ou autre moyen de consultation rapide si le patient rencontre des problèmes urgents.
- ❖ Dresser une liste d'accompagnateurs de traitement pour ceux qui ne souhaitent pas révéler leur état à quelqu'un qu'ils connaissent.
- ❖ Mobiliser la communauté pour savoir qui contacter pour accompagner le traitement et recruter des personnes comme accompagnateurs.

Voir section 8.9 du module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention* en ce qui concerne la préparation à l'observance du traitement, le soutien et le suivi des patients sous TAR.

## **Informations importantes pour un accompagnateur de traitement antituberculeux communautaire**

### **Concernant la tuberculose :**

- ❖ La tuberculose est une maladie provoquée par des germes. Elle se propage plus facilement lorsque les poumons sont atteints.
- ❖ La tuberculose se transmet par la toux et les éternuements.
- ❖ On peut stopper la propagation de la tuberculose en traitant et en guérissant les personnes atteintes.
- ❖ Les personnes souffrant de tuberculose ont de nombreux symptômes différents. Le principal symptôme de la tuberculose pulmonaire est une toux qui dure depuis plus de 2 ou 3 semaines.
- ❖ La tuberculose peut être guérie si le patient prend régulièrement ses médicaments antituberculeux, selon le plan de traitement, pendant toute la durée du traitement, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ait pris toutes les doses nécessaires.
- ❖ Il est important pour le patient tuberculeux de prendre tous les médicaments antituberculeux pendant toute la durée du traitement, sans quoi la maladie peut devenir incurable.
- ❖ Un patient peut éviter la propagation de sa maladie :
  - En prenant régulièrement son traitement pour guérir la tuberculose.
  - En se couvrant la bouche et le nez lorsqu'il tousse ou éternue.
  - En ouvrant les portes et les fenêtres pour faire circuler l'air dans la maison.

### **Concernant le traitement :**

- ❖ Administrer les médicaments dans une pièce bien ventilée. Si le patient prend ses médicaments régulièrement, il cesse d'être contagieux au bout d'environ 2 semaines.
- ❖ Les effets secondaires mineurs possibles sont les suivants :
  - Manque d'appétit, nausées, douleurs abdominales – donner les médicaments avec quelque chose à manger ou une bouillie.
  - Douleurs articulaires – référer le patient au centre de santé.
  - Sensation de brûlures dans les pieds – référer le patient au centre de santé.
  - Coloration orange/rouge de l'urine – expliquer au patient que c'est normal avec ce médicament.
- ❖ Effets secondaires majeurs possibles :
  - Démangeaisons cutanées, éruptions cutanées, surdité, vertiges, jaunisse, vomissements répétés, troubles de la vision. Si un effet secondaire majeur survient, arrêter les médicaments antituberculeux immédiatement et informer l'agent de santé du centre. Référer le patient d'urgence au centre de santé.
- ❖ Pour un schéma quotidien, il est habituel d'administrer 6 doses par semaine ou, si l'on utilise une association fixe sous plaquettes thermoformées, 7 jours par semaine.
- ❖ Si le patient manque une dose, lui donner la dose manquante à son retour. Ne jamais donner double dose le même jour. Poursuivre ensuite selon le schéma. La durée du traitement sera prolongée pour terminer le traitement jusqu'à la prise de toutes les doses.
- ❖ Périodiquement, le patient devra se rendre au centre de santé pour un prélèvement de crachats et un frottis de contrôle. La plupart des patients doivent subir un frottis de contrôle à la fin de la phase initiale, au bout de 5 mois de traitement, puis au cours du dernier mois de traitement.


*Rappel : Le prélèvement doit être pratiqué plusieurs jours avant la date à laquelle les résultats du frottis sont nécessaires. Prélever les crachats la dernière semaine du mois indiqué de traitement de sorte que les résultats de l'examen soient disponibles à la fin du mois.*



## F2.4 Soutien supplémentaire ou spécial à l'observance du traitement

Pour les patients confrontés à :

- ❖ Des problèmes médicaux complexes
  - Premières semaines de traitement combiné antituberculeux-antirétroviral
  - Schémas TAR de deuxième intention
  - Tuberculose PCR
  - Effets indésirables du traitement
  - Comorbidité (autres affections)
- ❖ Situations sociales difficiles
  - Enfants ou adolescents comprenant mal leur maladie
  - Patients vivant loin du centre de santé
  - Alcoolisme ou toxicomanie
  - Problèmes psychiatriques ou neurologiques
  - Orphelins ou enfants vulnérables

 Un soutien supplémentaire est souvent nécessaire pendant le traitement combiné antituberculeux- antirétroviral en raison du nombre de comprimés supplémentaires et des effets secondaires supplémentaires à gérer. Le syndrome de reconstitution immunitaire (aggravation des signes et symptômes de la tuberculose) peut survenir, ce qui peut être inconfortable et perturbant pour le patient.

- ❖ **Famille** : Les soins chroniques du VIH devraient être centrés sur la famille et la prise en charge de tous les membres de la famille ensemble, en veillant à prévenir la propagation de la tuberculose et du VIH.
- ❖ **Communauté** : Les accompagnateurs de traitements communautaires qualifiés peuvent être également formés à soutenir le patient placé sous antirétroviraux.
- ❖ **Bonne coordination entre le programme tuberculose et le programme VIH** : Recourir aux mêmes accompagnateurs de traitement.
- ❖ **Conseils particuliers sur les avantages du TAR et les obstacles à l'observance** : Expliquer les avantages du traitement antirétroviral, conseiller et référer aux organisations à base communautaire si elles peuvent apporter un soutien supplémentaire à l'observance du traitement (voir page suivante).

Le soutien à l'observance ne doit pas être axé uniquement sur des questions médicales, car de nombreux autres problèmes peuvent avoir une incidence sur l'observance du traitement. Le soutien supplémentaire peut comporter les éléments suivants :

- ❖ **Suppléments alimentaires** – Allocation mensuelle d'aliments comme les haricots et le riz ou d'autres sources de protéines.
- ❖ **Les coûts de transport pour les visites au centre de santé** – Les visites mensuelles au centre de santé peuvent être une charge financière et décourager certaines personnes de consulter un médecin ou une infirmière.
- ❖ **Education supplémentaire** – Au sujet de la tuberculose, du VIH et de l'importance de prendre régulièrement les médicaments et de se rendre chaque mois en consultation au dispensaire.
- ❖ **Groupes de soutien par les pairs** – Les personnes confrontées aux mêmes situations, notamment à des situations difficiles ou désagréables, trouvent souvent du réconfort, un soutien et une force à se rassembler avec d'autres personnes placées dans la même situation. Il peut s'agir de groupes de pairs ou de groupes thérapeutiques dirigés par un professionnel ou paraprofessionnel (voir également le *Manuel de l'animateur de cours de formation pour les groupes de soutien thérapeutique*).

# G Soutenir le patient atteint de tuberculose ou de co-infection tuberculose-VIH pendant toute la période du traitement antituberculeux

## **G1 *Soutenir ou surveiller directement le traitement antituberculeux et enregistrer sur la fiche de traitement antituberculeux***

- ❖ Observer directement le patient prendre les médicaments antituberculeux, soit quotidiennement soit 3 fois par semaine, selon le schéma recommandé.
  - A chaque rendez-vous, vous devez observer le patient avaler effectivement la dose. Vous devez voir le patient avaler les médicaments. Lorsque les agents de santé tendent les médicaments aux patients mais ne regardent pas les patients les avaler, les patients peuvent prendre une partie des médicaments mais pas tous, en revendre une partie, les garder pour plus tard, etc.
  - Lorsque l'on administre le traitement sous surveillance directe, le traitement doit être simple et rapide pour le patient. Ne faites pas attendre les patients au centre de santé. Organisez-vous pour que les patients tuberculeux voient l'agent de santé sans attendre, éventuellement en les faisant rentrer par une autre entrée ou par derrière. Ils pourront ainsi prendre leur dose quotidienne de médicaments antituberculeux rapidement et vaquer à leurs occupations. Tout retard peut décourager les patients et n'est pas acceptable.
  - Lorsqu'un schéma de traitement exige une administration quotidienne sous surveillance directe, il est habituel d'omettre une journée en fin de semaine. Il est permis de sauter un jour par semaine, et cela ne compromet pas l'efficacité du traitement. Veiller à ce que le patient sache quels jours il doit venir prendre les médicaments.

### **Comment observer directement le traitement antituberculeux**

1. Sortir la *fiche de traitement antituberculeux* du patient.
2. Verser un verre d'eau pour le patient. (Si le patient est nauséeux, lui suggérer de prendre les médicaments avec un peu de nourriture ou de bouillie.)
3. Ouvrir la boîte de médicaments du patient. Sortir tous les médicaments qu'il devra prendre ce jour là.
4. Placer les comprimés dans la main du patient puis l'observer avaler les comprimés un à la fois. S'il est difficile pour lui de les avaler l'un après l'autre, il peut faire une petite pause. Les médicaments doivent être pris ensemble pour garantir leur interaction.
5. Si le schéma du patient comporte de la streptomycine, administrer l'injection une fois que le patient a avalé tous les comprimés. Utiliser une aiguille et une seringue stériles. Vérifier la dose correcte de streptomycine sur la *fiche de traitement antituberculeux*.
6. Enregistrer le traitement sur la *fiche de traitement antituberculeux*.

#### ❖ Enregistrer chaque traitement sur la *fiche de traitement antituberculeux* :

- Administration quotidienne sous surveillance des médicaments. Il faut cocher une case par jour de traitement. Si l'agent de santé observe directement la prise de médicaments, il coche la case. Si les médicaments sont administrés plusieurs jours sans surveillance directe, le jour où le médicament est pris sous surveillance directe est marqué d'une croix et un trait est tracé pour les jours pour lesquels le médicament a été remis au patient. Si le personnel de santé donne des médicaments à un accompagnateur de traitement pour plusieurs jours, les dates auxquelles l'accompagnateur reçoit les médicaments sont notées dans la colonne de droite. L'accompagnateur peut également conserver un exemplaire de la *fiche de traitement antituberculeux*. Si un accompagnateur de traitement communautaire observe directement le traitement, les marques qu'aura cochées celui-ci sur la fiche sont recopiées chaque mois lorsque l'accompagnateur de traitement viendra se réapprovisionner en médicaments.
- Après la visite au centre, le poids, les résultats de laboratoire et de radiographie peuvent être enregistrés sur la fiche de traitement dans la section administration mensuelle du médicament dans la dernière colonne.
- Transfert: Avant et pendant le traitement, l'itinéraire du patient est enregistré dans ce tableau.
- Issue du traitement. Au moment voulu, enregistrer l'issue du traitement.

## G2 Reconnaître et traiter les effets secondaires ou autres problèmes

Demander au patient comment il se sent et écouter attentivement pour préciser toutes plaintes pouvant indiquer des effets secondaires.

### G2.1 Reconnaître et traiter les effets secondaires chez les patients ne recevant qu'un traitement antituberculeux

#### Effets secondaires mineurs

Perte d'appétit, nausées, douleurs abdominales	Administrer l'isoniazide au moment du coucher ou avec quelque chose à manger ou un peu de bouillie
Douleurs articulaires	Aspirine
Sensation de brûlure dans les pieds	Pyridoxine 100 mg par jour. En l'absence de réaction utiliser l'amitryptiline (voir p.84 du module <i>PCIMAA Soins aigus</i> )
Coloration rouge/orangée de l'urine	Rassurer le patient en lui expliquant que c'est normal (avec la rifampicine)

#### Effets secondaires majeurs

Démangeaisons, éruption cutanée <sup>a</sup>	Stopper les antituberculeux  Référer le patient d'urgence à un médecin
<i>Surdité (confirmer qu'elle n'est pas due à un bouchon de cire)</i>	
Vertiges, manque d'équilibre	
Ictère (coloration jaune de la peau ou des yeux)	
Vomissements répétés <sup>b</sup>	
Troubles de la vision	

<sup>a</sup> Les démangeaisons cutanées sont extrêmement graves si le patient est sous thioacétazone (qui n'est pas recommandée par l'OMS).

<sup>b</sup> Les vomissements répétés sont un problème, car les médicaments ne sont alors pas absorbés. Des vomissements assortis de confusion sont très graves, car il s'agit d'un signe d'insuffisance hépatique. Des vomissements répétés doivent être observés. Référer un patient qui vomit de façon répétée à un médecin.

*Rappel : Utiliser le module PCIMAA Soins aigus pour prendre en charge tous signes ou symptômes. Si, à un moment quelconque, vous observez une aggravation importante de l'état du patient, référez le à un médecin ou à un hôpital pour évaluation et traitement.*



## G2.2 Reconnaître et traiter les effets secondaires chez les patients sous traitement combiné antituberculeux-antirétroviral

Signes ou symptômes :	Réponse
Anorexie, nausées, douleurs abdominales	Prendre les médicaments avec des aliments (sauf DDI ou IDV). Si le patient est sous zidovudine, lui assurer que ces symptômes disparaissent généralement d'eux-mêmes. Traiter les symptômes. Si le patient est sous INH, administrer au moment du coucher.
Douleurs articulaires	Aspirine, paracétamol ou anti-inflammatoire non stéroïdien.
Sensation de brûlure dans les pieds	Surtoxicité possible si l'on ajoute DDI ou stavudine à INH. Administrer 100 mg de pyridoxine par jour. En l'absence de réaction, utiliser l'amitryptiline (voir p. 84, du module <b>PCIMAA Soins aigus</b> ) ou demander un avis.
Coloration rouge/orangée de l'urine	Rassurer le patient en lui expliquant que c'est normal (avec la rifampicine).
Céphalées	Donner du paracétamol, de l'aspirine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien. Rechercher une méningite (voir <b>PCIMAA Soins aigus</b> ). Si le patient est sous AZT ou EFV, l'assurer que c'est courant et que les symptômes disparaissent généralement d'eux-mêmes. S'ils persistent plus de 2 semaines ou s'aggravent, demander un avis ou référer le patient à un service compétent.
Diarrhée	Réhydrater. Suivre les lignes directrices contenues dans le module <b>PCIMAA Soins aigus</b> . Rassurer le patient en lui expliquant que, si la diarrhée est due aux ARV, elle passera en quelques semaines. Contrôle au bout de 2 semaines. Faute d'amélioration, demander un avis ou référer le patient à un service compétent.
Fatigue	Envisager une anémie, surtout sous AZT. Vérifier l'hémoglobininémie. La fatigue peut se prolonger généralement 4 à 6 semaines, surtout au début du traitement AZT. En cas de fatigue grave ou prolongée, demander un avis ou référer le patient à un service compétent.
Anxiété, cauchemars	Cela peut être dû à l'éfavirenz. Administrer le soir ; conseiller et soutenir (dure généralement moins de 3 semaines). Demander un avis ou référer le patient à un service compétent en cas de dépression grave, d'état suicidaire ou de psychose. Les difficultés initiales peuvent être prises en charge en administrant de l'amitryptiline le soir.
Ongles bleus/noirs	Rassurer. C'est normal avec l'AZT (zidovudine).
Changement dans la répartition des graisses	En discuter avec le patient – peut-il le supporter ?



## G2.2 Reconnaître et traiter les effets secondaires chez les patients sous traitement combiné antituberculeux-antirétroviral (*suite*)

Signes ou symptômes :	Réponse
Démangeaisons, éruption cutanée	Si généralisées ou si la peau pèle, arrêter les antituberculeux et les antirétroviraux et référer le patient à un service compétent. Si le patient est sous névirapine ou abacavir, évaluer attentivement. S'agit-il de lésions sèches ou humides ? Demander un avis.
Surdité ( <i>confirmer qu'il ne s'agit pas d'un bouchon de cire</i> )	Arrêter les antituberculeux et référer le patient à un service compétent.
Vertiges, manque d'équilibre	Arrêter les antituberculeux et référer le patient à un service compétent.
Ictère (coloration jaune de la peau ou des yeux)	Envoyer pour test ALT et stopper les antituberculeux et les antirétroviraux. Demander un avis ou référer le patient à un service compétent.
Vomissements répétés	Vérifier les causes habituelles de vomissements (voir <b>PCIMAA Soins aigus</b> ). Arrêter les antituberculeux et les antirétroviraux et demander un avis ou référer le patient à un service compétent.
Troubles de la vision	Arrêter les antituberculeux et référer le patient à un service compétent.
Psychose, dépression	Demander un avis ou référer le patient à un service compétent en cas de dépression grave, tendance suicidaire ou psychose. Les difficultés initiales peuvent être prises en charge en administrant de l'amitryptiline au moment du coucher.
Fièvre	Vérifier les causes habituelles de fièvre (voir <b>PCIMAA Soins aigus</b> ). Il peut s'agir d'un effet secondaire, d'une infection opportuniste ou d'une autre infection nouvelle ou encore du syndrome de reconstitution immunitaire. Demander un avis ou référer le patient à un service compétent.
Coloration jaune des yeux (jaunisse), douleurs abdominales ou lombaires	Arrêter les antituberculeux et les antirétroviraux. Demander un avis ou référer le patient à un service compétent. (Une douleur abdominale peut être le signe d'une pancréatite provoquée par DDI ou d4T.) Arrêter les antituberculeux et les antirétroviraux et faire un test ALT si possible. Demander un avis ou référer le patient à un service compétent.
Pâleur : anémie	Si possible, mesurer l'hémoglobine et exclure une infection opportuniste. Référer/consulter (et stopper l'AZT/ou remplacer d4T). En cas de pâleur extrême ou de symptômes d'anémie ou d'hémoglobine très faible (<8 g/dL ; <7g/dL chez la femme enceinte).
Toux ou difficultés respiratoires	Il peut s'agir d'un syndrome de reconstitution immunitaire ou d'une infection opportuniste (voir <b>PCIMAA Soins aigus</b> ). Demander un avis.
Lymphadénopathie	Il peut s'agir du syndrome de reconstitution immunitaire. Demander un avis.



## G2.3 Causes possibles des signes et symptômes chez un patient tuberculeux VIH-positif

		Syndrome de reconstitution immunitaire
		Effets secondaires du TAR
	Infections opportunistes	Infections opportunistes dues à un échec du traitement Autres (par exemple CD4 pas suffisamment élevés pour protéger le patient)
Infections courantes et autres problèmes aigus et chroniques (non liés au VIH)	Infections courantes et autres problèmes aigus et chroniques (non liés au VIH)	Infections courantes et autres problèmes aigus et chroniques (non liés au VIH)
<b>Patient VIH-positif ou VIH négatif</b>	<b>Patient VIH-positif avec immunosuppression, avant TAR</b>	<b>Patient VIH-positif sous TAR</b>

## G2.4 Syndrome de reconstitution immunitaire

- ❖ Le syndrome de reconstitution immunitaire apparaît lorsque l'on commence un traitement antirétroviral sous forme de signes et symptômes nouveaux d'une infection opportuniste qui était « cachée » en raison d'une grave immunodépression.
- ❖ Les manifestations caractéristiques du syndrome de reconstitution immunitaire sont le zona ou la tuberculose survenant peu après l'institution du TAR.
- ❖ Le syndrome de reconstitution immunitaire est un signe que le système immunitaire commence à retravailler et ne signifie pas que le TAR ne fonctionne pas.
- ❖ Demander un avis ou référer le patient pour prise en charge.



## G3 Continuer à fournir des informations sur la tuberculose

- Si un patient tuberculeux n'a toujours pas subi de test de dépistage du VIH, l'encourager à se faire dépister.
- Continuer à fournir des informations sur la tuberculose. Appliquer de bonnes techniques de communication à chaque visite. A différents moments du traitement, rappeler les messages les plus utiles à ce moment-là.

<p><b>A chaque visite :</b> Faire preuve d'une attitude respectueuse et attentive. Encourager le patient. Parler clairement et simplement. Encourager le patient à poser des questions.</p>	
<p><b>Surveiller les effets secondaires :</b></p> <p>Poser des questions générales pour repérer les effets secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment vous sentez-vous ?</li> <li>• Avez-vous eu un problème quelconque ?</li> </ul> <p>Ecouter et rechercher les effets secondaires principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Démangeaisons, éruption cutanée</li> <li>• Surdité</li> <li>• Vertiges, manque d'équilibre</li> <li>• Ictère (coloration jaune de la peau ou des yeux)</li> <li>• Vomissements répétés</li> <li>• Troubles de la vision</li> </ul>	<p><b>Traiter comme indiqué :</b></p> <p>En cas d'effets secondaires mineurs, rassurer et conseiller :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'anorexie, de nausées, de douleurs abdominales, prendre les médicaments avec des aliments ou de la bouillie.</li> <li>• En cas de douleurs articulaires, prendre de l'aspirine.</li> <li>• En cas de sensation de brûlure dans les pieds, prendre 100 mg de pyridoxine chaque jour.</li> <li>• En cas de coloration rouge/orangée de l'urine, c'est normal.</li> </ul> <p><b><i>En cas d'effets secondaires majeurs, stopper les antituberculeux et référer d'urgence à un médecin.</i></b></p>
<p><b>Si nécessaire, rappeler au patient un ou plusieurs des messages pertinents (� droite) :</b></p>	
<p>Si le patient n'a pas encore amené les contacts familiaux pour examen ou test de dépistage</p>	<p>Tous les enfants de moins de 5 ans vivant dans le ménage devraient être examinés pour rechercher les symptômes de tuberculose. Les autres membres du ménage qui toussent devraient faire un test de dépistage.</p>
<p>Si le patient connaît mal les médicaments ou si un changement intervient dans le schéma thérapeutique</p>	<p>Décrire le type, la couleur et la quantité de médicaments à prendre. Décrire à quelle fréquence prendre les médicaments et pendant combien de temps.</p> <p><i>(Si l'on utilise des boîtes de médicaments préassemblés)</i></p> <p>Tous les médicaments nécessaires au traitement sont conservés dans une boîte à votre nom, aussi le centre de santé ne risque pas d'être à court de médicaments.</p>
<p>Si le patient se sent mieux</p>	<p><i>Même si vous vous sentez mieux, vous devez continuer à prendre les médicaments pendant toute la durée du traitement.</i></p>
<p>Si le patient prévoit de se déplacer ou de déménager</p>	<p><i>Si vous prévoyez de voyager ou de déménager, veuillez m'en informer. Nous pouvons nous organiser de façon à ce que vous ne manquiez aucun traitement.</i></p>

Si le patient a manqué une dose	<i>Pour guérir, vous devez prendre tous les médicaments recommandés ensemble, pendant toute la durée du traitement. Si vous ne prenez pas tous les médicaments, vous continuerez à transmettre la tuberculose à d'autres personnes.</i>
Si le patient se plaint de la poursuite du traitement	<i>Ne prendre qu'une partie du médicament ou les prendre irrégulièrement est dangereux et peut rendre la maladie impossible à guérir.</i>

<sup>a</sup> Si le patient doit être adressé à un centre à un autre niveau ou hospitalisé, expliquer qu'il est nécessaire de poursuivre le traitement antituberculeux après avoir reçu des soins à un autre niveau. Le patient devra revenir au centre de santé pour poursuivre son traitement.

<b>Si le moment est venu de pratiquer un frottis de contrôle :</b>	
Expliquer la nécessité de l'examen des crachats	<i>Les germes de la tuberculose ne se voient pas à l'oeil nu. Un technicien de laboratoire doit examiner les crachats au microscope pour voir s'il y a encore des germes tuberculeux et voir si vous allez mieux.</i>
Après 2 (et/ou 3) mois de traitement initial	<i>Si le laboratoire découvre des germes de la tuberculose dans les crachats, vous devrez peut-être prolonger le traitement en phase initiale. Si le laboratoire ne voit pas de germes, vous êtes prêt pour la prochaine phase de traitement.</i>
Pendant la phase de suivi	<i>Si on ne trouve aucun germe de tuberculose, vous pourrez continuer le même traitement. Si l'on trouve des germes, le traitement devra être modifié.</i>
Juste avant la fin du traitement	<i>Si aucun germe de tuberculose n'est trouvé à l'examen, vous êtes considéré comme guéri.</i>
<b>Révision :</b> Poser des questions de contrôle (pour vérifier que le patient se souvient des messages importants et sait quoi faire). Insister sur les messages précédents ou donner davantage d'informations si besoin.	

## **G4 Une fois par mois, revoir l'exemplaire de la fiche de traitement antituberculeux détenue par l'accompagnateur de traitement communautaire et l'approvisionner en médicaments pour le mois suivant**

- ❖ Vérifier la *fiche de traitement antituberculeux* conservée par l'accompagnateur de traitement.

Pour les patients en traitement sous surveillance directe par un accompagnateur communautaire du traitement antituberculeux (qui ne viennent donc pas au centre de santé chaque jour), vérifier chaque mois la *fiche de traitement antituberculeux* conservée par l'accompagnateur du traitement. Lorsque l'accompagnateur communautaire se rend au centre de santé pour prendre livraison des médicaments pour le mois suivant, passer en revue son exemplaire de la *fiche de traitement antituberculeux* et parler de tout problème éventuel.

- ❖ Recopier sur la *fiche de traitement antituberculeux* originale (conservée au centre de santé) les jours où le patient a pris son traitement.
- ❖ Enregistrer au recto de la *fiche de traitement antituberculeux* les médicaments que vous fournissez à l'accompagnateur pour le mois suivant.

Cela signifie que 28 jours de médicaments de catégorie I ont été remis à l'accompagnateur de traitement.

Médicament remis à l'accompagnateur, date

I – 28	5 April
I – 28	7 May

- ❖ Si possible, interroger le patient régulièrement pour évaluer le travail de l'accompagnateur de traitement communautaire.

Poser des questions sur les médicaments que reçoit le patient et sur la relation avec l'accompagnateur de traitement communautaire. Évaluer si le traitement est correct et si la relation avec l'accompagnateur est positive et apporte un soutien.

**G5**

## ***Fournir le traitement combiné antituberculeux-antirétroviral sous surveillance directe si nécessaire***

Le DOT quotidien est la méthode privilégiée pour garantir l'observance totale du traitement antituberculeux et le traitement devrait être organisé de façon à être accessible et attractif pour le patient, c'est-à-dire en faisant appel à un accompagnateur de traitement à domicile ou à proximité du domicile ou du lieu de travail du patient. Si le patient tuberculeux est également sous TAR, la surveillance quotidienne du traitement antituberculeux devrait idéalement être combinée avec la dose matinale d'ARV. Le TAR est un traitement quotidien à vie, or le traitement sous surveillance directe ne pourra peut-être pas être pérennisé à la fin du traitement antituberculeux ; c'est pourquoi une approche souple spécifique au patient doit être mise au point pour assurer la meilleure observance possible. Le patient recevant un TAR peut être observé par un accompagnateur une fois par semaine, plusieurs fois par semaine, tous les jours ou deux fois par jour, selon les besoins du patient. Tous les types d'accompagnateur de traitement, même les membres de la famille, peuvent être formés au DOT, aussi bien pour le traitement antituberculeux que pour le traitement antirétroviral (voir ci-après).

Un accompagnateur de traitement qui observe directement la prise du traitement combiné antituberculeux-antirétroviral peut administrer les antituberculeux et une dose d'ARV ensemble. S'il y a d'autres doses d'ARV non observées, l'accompagnateur devra rappeler au patient de prendre les autres doses, lui sortir les comprimés ou l'aider de toute façon efficace pour le patient. Le lendemain, l'accompagnateur de traitement devra également vérifier si le patient a pris les autres doses d'ARV.

**G6**

## ***Assurer la poursuite du traitement antituberculeux***

**G6.1**

### **Coordonner les envois pour soins médicaux plus spécialisés et le transfert d'un patient tuberculeux se déplaçant dans une autre région et veiller à ce que le patient tuberculeux poursuive son traitement**

- ❖ Utiliser le formulaire à la page suivante pour :
  - référer un patient à un médecin ou à un hôpital pour diagnostic ou pour soins spécialisés, ou
  - transférer un patient qui déménage dans une autre région.
- ❖ Faire trois copies du formulaire : une est à remettre au patient, une est à conserver au centre de santé, et la troisième est à remettre au coordonnateur de la tuberculose au niveau du district.
- ❖ Ce formulaire peut également être utilisé par les médecins pour référer les patients à votre centre de santé pour enregistrement et début du traitement.
- ❖ Si le patient est également sous TAR, suivre la procédure de transfert sortant avec le dossier.

## Référence/transfert pour traitement antituberculeux

(Remplir la partie supérieure en trois exemplaires)

Cocher s'il s'agit d'une référence ou d'un transfert :

Référence<sup>1</sup> ou

Transfert<sup>2</sup>

Date de la référence/du transfert \_\_\_\_\_

Nom/adresse de l'établissement qui réfère/transfère le patient

De l'établissement expéditeur : \_\_\_\_\_ BMU expéditrice \_\_\_\_\_

A l'établissement receveur : \_\_\_\_\_ BMU destinataire \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe :  M

Adresse du patient (en cas de déménagement, adresse future) : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_ )) \_\_\_\_\_

(Pour le transfert) N° du registre TB BMU : \_\_\_\_\_ Date de début du traitement antituberculeux : \_\_\_\_\_

\*CAT I, II, III

Autres (CPT, TAR, etc.) :

Médicaments administrés au patient \_\_\_\_\_

Remarques (par exemple effets secondaires observés) \_\_\_\_\_

Nom/signature de la personne adressant le patient \_\_\_\_\_

*Attestation de dépistage du VIH (et résultats) pendant ou avant le traitement antituberculeux à notifier.*



### A utiliser par l'établissement recevant le patient référé/transféré

BMU \_\_\_\_\_ Etablissement \_\_\_\_\_

N° du registre TB BMU \_\_\_\_\_ Nom du patient \_\_\_\_\_

Le patient ci-dessus s'est présenté à cet établissement le \_\_\_\_\_ (date)

Nom/signature de la personne recevant le patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Renvoyer cette partie à l'établissement envoyant le patient adressé/transféré dès que le patient s'est présenté.**

<sup>1</sup> **Référer** le patient (référence) consiste à déplacer un patient tuberculeux **avant son enregistrement dans un registre TB BMU** pour le début du traitement (traitement plus proche du domicile du patient). La BMU qui reçoit un patient « référé » est chargée d'informer l'établissement qui lui envoie le patient au sujet des soins dispensés.

<sup>2</sup> **Transférer** un patient consiste à déplacer entre 2 BMU **un patient tuberculeux enregistré dans un registre TB BMU** pour poursuivre le traitement dans une autre région dotée d'un registre TB BMU différent. La BMU qui transfère un patient est chargée de rendre compte de l'issue du traitement après avoir obtenu ces informations de la BMU qui achève le traitement. La BMU recevant un patient « transféré » est chargée d'informer la BMU qui envoie le patient 1) de l'arrivée du patient et 2) à la fin du traitement, de l'issue de celui-ci.

Note : Un établissement adressant ou transférant un grand nombre de patients tel qu'un grand hôpital peut utiliser des formulaires distincts pour la référence et le transfert, et également tenir un registre spécifique des patients adressés.

## G6.2 Organiser la poursuite du traitement des patients tuberculeux lorsqu'ils se déplacent

- ❖ Examiner les projets de voyage : au cours des visites de traitement régulières, demander au patient de veiller à vous informer s'il compte voyager, de façon à ce que vous puissiez prendre des dispositions pour qu'il poursuive son traitement sans interruption.
- ❖ Si un patient se rend dans une autre région ou n'est pas en mesure de recevoir son traitement sous surveillance directe pendant un ou plusieurs jours, lui donner des instructions et lui donner les médicaments pour qu'il puisse les prendre lui-même pendant une courte période. Si nécessaire, vous pouvez fournir des médicaments pour 2 semaines maximum.
- ❖ Si les médicaments ne sont pas préemballés, préparer un sachet séparé de médicaments pour chaque jour où le patient sera absent. Donner au patient des instructions précises, oralement et par écrit, sur la façon de prendre les médicaments. Expliquer le nombre et la couleur des médicaments contenus dans le paquet correspondant à chaque jour. Dire au patient :
  - de prendre les médicaments à la même heure chaque jour ;
  - de prendre les comprimés avec de l'eau ;
  - de prendre tous les médicaments de la journée en même temps.
- ❖ Poser des questions de contrôle pour vérifier que le patient comprend quand et comment prendre les médicaments.
- ❖ Sur la *fiche de traitement antituberculeux* du patient, cochez lorsque vous observez le traitement ; puis tracez un trait sur les jours pendant lesquels le patient s'administrera lui-même des médicaments.

## G6.3 Effectuer une visite à domicile chez le patient qui manque une dose ou ne vient pas chercher les médicaments qu'il doit s'administrer lui-même

### DEMANDER

- ❖ Pourquoi avez-vous manqué votre rendez-vous ?
- ❖ Quels sont les problèmes qui vous ont fait manquer votre rendez-vous ?

### ECOUTER attentivement pour déterminer s'il y a eu des difficultés

- ❖ Attitudes du personnel du centre de santé qui observe le traitement
- ❖ Temps d'attente au centre de santé
- ❖ Moyens de transport
- ❖ Travail ou engagements familiaux
- ❖ Effets secondaires du traitement
- ❖ Autres problèmes de santé

### AIDER le patient à résoudre les problèmes

Exemples de causes possibles du rendez-vous manqué :	Solutions possibles :
Il n'est pas pratique de venir au centre de santé.	Trouvez un accompagnateur du traitement tuberculeux dans la communauté qui convienne.
Le patient n'aime pas venir au centre de santé parce qu'il doit attendre longtemps.	Organisez-vous de sorte que les patients tuberculeux n'aient pas à faire la queue. Par exemple, faites-les entrer à l'arrière ou sur le côté.
Au travail, le responsable a retenu le patient.	Proposez de parler au superviseur et d'expliquer l'importance du traitement, ou trouvez un accompagnateur de traitement tuberculeux sur le lieu de travail.
Le patient a des effets secondaires gênants.	Donnez les conseils appropriés ou des remèdes pour les effets secondaires, ou adressez le patient si nécessaire (voir tableau concernant les effets secondaires, p. 62-63).
Le patient a de la difficulté à avaler parce qu'il a mal (il peut s'agir d'une candidose buccale).	Utilisez les modules <i>PCIMAA Soins aigus</i> ou <i>Soins palliatifs</i> pour classer et dispenser un traitement ou adressez le patient si nécessaire.
La patiente ne peut pas laisser à la maison de petits enfants ou est fatiguée de les amener au centre de santé.	Suggérez qu'un membre de la famille ou une voisine s'occupe des enfants. Rappelez aux membres de la famille/aux voisins que la patiente doit poursuivre son traitement pour protéger sa santé, et en particulier la santé de ses enfants.  Si possible, trouvez un accompagnateur de traitement communautaire à proximité du domicile du/de la patient(e).

**MOTIVER** le patient en lui expliquant ce qui suit :

- ❖ La tuberculose peut être guérie si vous venez prendre vos médicaments régulièrement et ensuite vous n'aurez plus à vous en soucier.
- ❖ Vous n'avez plus que \_\_\_\_ doses à prendre chaque jour et, après cela, vous viendrez moins souvent.
- ❖ Ce sont les médicaments les plus sûrs et les plus efficaces pour traiter la tuberculose partout au monde.
- ❖ Pratiquement tous les patients qui prennent leurs médicaments comme indiqué sont guéris.
- ❖ Si vous continuez à prendre vos médicaments, vous ne transmettez pas la tuberculose à votre famille.
- ❖ Ne prendre qu'une partie des médicaments ou les prendre irrégulièrement est dangereux et peut rendre la maladie difficile, voire impossible à guérir.

**DONNER** les doses manquées un jour à la fois. Ne donner jamais de doses supplémentaires.

**ENREGISTRER** zéro (0) sur la *fiche de traitement antituberculeux* pour chaque jour manqué. Ajouter un commentaire sur les mesures prises, par exemple « visite à domicile, reprise du traitement ».



## G6.4 Retrouver les patients après interruption du traitement antituberculeux : résumé des mesures à prendre après une interruption du traitement

### Interruption de moins d'un mois

- Retrouver le patient
- Résoudre le problème à l'origine de l'interruption
- Poursuivre le traitement et le prolonger pour compenser les doses manquées.

### Interruption d'un à 2 mois

Tout d'abord :	Ensuite, prendre des mesures sur la base des résultats du frottis :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrouver le patient</li> <li>• Résoudre le problème à l'origine de l'interruption</li> <li>• Recueillir 3 échantillons de crachats</li> </ul> <p>En attendant les résultats, poursuivre le traitement</p>	Si tous les frottis sont négatifs, ou si le patient est atteint de tuberculose extrapulmonaire	Poursuivre le traitement et le prolonger pour compenser les doses manquées	
	Si un ou plusieurs frottis sont positifs, et	Le patient a été traité pendant moins de 5 mois	Poursuivre le traitement et le prolonger pour compenser les doses manquées
		Le patient a été traité pendant 5 mois ou plus	Si le patient était sous : cat. I – Commencer cat. II cat. II – Référer (la tuberculose peut devenir chronique)

### Interruption de 2 mois ou plus (abandon)

Tout d'abord :	Ensuite, prendre des mesures sur la base des résultats du frottis :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueillir 3 échantillons de crachats</li> <li>• Résoudre si possible le problème à l'origine de l'interruption</li> <li>• Ne pas donner de traitement en attendant les résultats</li> </ul>	Si tous les frottis sont négatifs, ou si le patient est atteint de tuberculose extrapulmonaire	Le médecin décide sur une base individuelle de redémarrer ou de poursuivre le traitement ou de cesser le traitement	
	Si un ou plusieurs frottis sont positifs, et	Le patient était précédemment sous médicaments de cat. I	Commencer la cat. II
		Le patient était précédemment sous médicaments de cat. II	Référer (la tuberculose peut devenir chronique)

**Notes:**

# H Surveiller le traitement antituberculeux ou le traitement combiné antituberculeux-antirétroviral

## H1 Suivre les progrès du traitement antituberculeux au moyen des frottis et du poids

### H1.1 Déterminer quand effectuer un frottis de contrôle

Calendrier des frottis de contrôle (pour les cas de tuberculose pulmonaire seulement)

Catégorie de traitement	Mois de traitement									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>Catégorie I</b> <i>nouveaux cas pulmonaires à frottis positif</i>	-----		●	.....			●	-----		★
<b>Catégorie II</b> <i>cas pulmonaires à frottis positif déjà traités</i>	-----			●	●	.....			●	
<b>Catégorie III</b> <i>cas pulmonaires à frottis négatif</i>	-----		●	.....						

|-----| Phase initiale de traitement

|.....| Phase de suivi du traitement (sous surveillance directe)

|-----| Autre phase de suivi du traitement (HE auto-administré)

● Frottis de contrôle à effectuer au cours de la dernière semaine du mois de traitement

★ Frottis de contrôle pour les schémas de 6 mois avec HE auto-administré en phase de suivi

### H1.2 Recueillir deux échantillons de crachats pour le frottis de contrôle

- ❖ Remplir la demande de frottis (voir formulaires)
- ❖ Envoyer les échantillons au laboratoire

## H1.3 Enregistrer les résultats du frottis et le poids sur la fiche de traitement antituberculeux

- ❖ Enregistrer les résultats du frottis de contrôle sur la *fiche de traitement antituberculeux* du patient. Indiquer le mois de traitement et le résultat. Enregistrer le résultat comme « neg » ou, s'il est positif, enregistrer le code le plus élevé.
- ❖ Le technicien de laboratoire enregistrera les résultats d'analyse dans la moitié inférieure du formulaire de demande de frottis et le renverra au centre de santé.
  - Un ou deux frottis positifs signifient que le patient est encore positif.
  - Si les deux échantillons sont négatifs, le patient présente un frottis négatif.

## H1.4 Sur la base des résultats des frottis, décider des mesures nécessaires et mettre en oeuvre la décision thérapeutique

### Si le résultat du frottis est négatif

- ❖ Commencer ou terminer la phase de suivi du traitement.

### Si le résultat du frottis est positif

- ❖ A la fin de la phase initiale de traitement (catégorie I ou II) :
  - Prolonger la phase initiale de traitement d'un mois supplémentaire.
  - Examiner si le traitement a été irrégulier. Si c'est le cas, discuter avec le patient l'importance d'un traitement régulier et de l'observance.
  - Ajuster le calendrier des frottis de contrôle comme indiqué ci-après.
- ❖ A 5 mois ou plus tard :
  - Considérer le cas comme un échec thérapeutique.
  - Classer la *fiche de traitement antituberculeux* (issue = échec thérapeutique) et ouvrir une nouvelle fiche de traitement (type de patient = traitement après échec).
  - Commencer le traitement de catégorie II (ou de catégorie IV si la tuberculose s'avère polychimiorésistante).
- ❖ A la fin de la phase initiale de traitement pour un cas pulmonaire à frottis négatif (catégorie III) :
  - Ouvrir une nouvelle *fiche de traitement antituberculeux* (type de patient = autre) et commencer le traitement de catégorie II.



**Notes:**

# Déterminer l'issue du traitement antituberculeux

- ❖ A la fin du traitement, enregistrer l'issue du traitement sur la *fiche de traitement antituberculeux* :

Le schéma de traitement est terminé lorsque le patient a pris le nombre correct de doses des médicaments de la phase de suivi. Le patient a manqué certaines doses en cours de route, la durée du traitement sera prolongée jusqu'à ce que la totalité des doses contenues dans la boîte de médicaments du patient ait été prise, ce qui peut représenter quelques jours ou quelques semaines supplémentaires.

Au dos de la *fiche de traitement antituberculeux* figure un encadré destiné à enregistrer l'issue du traitement. Notez la date à laquelle vous enregistrez le résultat. Pour la plupart des patients, la date sera le dernier jour du traitement. Cochez l'issue qui correspond au patient.

Issue du traitement		Date de la décision	
Guéri	<input type="checkbox"/>	Traitement achevé	<input type="checkbox"/>
Abandon	<input type="checkbox"/>	Transféré ailleurs	<input type="checkbox"/>
		Décédé	<input type="checkbox"/>
		Echec	<input type="checkbox"/>

Issue du traitement	Définition
Guérison	Patient à frottis positif devenu négatif au cours du dernier mois de traitement et en au moins une occasion antérieure.
Traitement achevé	Patient qui a achevé le traitement, mais qui ne répond pas aux critères pour être classé comme guérison ou échec.
Echec du traitement †	Nouveau patient à frottis positif à 5 mois ou plus tard pendant le traitement, ou qui est passé à un traitement de catégorie IV parce que l'examen révélait une TB-PCR. Un patient précédemment traité à frottis positif à la fin de son nouveau traitement ou qui est passé à un traitement de la catégorie IV parce que le frottis s'est avéré TB-PCR.
Décès	Patient décédé d'une cause quelconque au cours du traitement.
Abandon	Patient dont le traitement a été interrompu pendant au moins 2 mois consécutifs.
Transfert	Patient qui a été transféré à un centre de santé d'une autre BMU et pour qui l'issue du traitement n'est pas connue.

† Egalement patients à frottis négatif devenus positifs à 2 mois.

- ❖ Un patient qui a cessé de se présenter pour le traitement et ne peut être localisé ou qui ne peut être convaincu de reprendre le traitement est classé comme « Abandon » après 2 mois de traitement manqués. N'indiquez pas cette issue du traitement sur la fiche du patient tant que le patient n'a pas manqué le traitement pendant 2 mois.
- ❖ Lorsque vous transférez un patient à un autre établissement pour poursuivre son traitement, enregistrez la date et indiquez l'issue « Transféré ailleurs » au dos de la fiche de traitement. Si le transfert est confirmé, demandez ensuite quelle a été l'issue du traitement. Lorsque l'issue du traitement est communiquée par un autre établissement de santé, enregistrez l'issue définitive et la date de cette issue sur la fiche. Ce n'est que si vous ne pouvez pas déterminer une autre issue que vous laisserez la mention « Transféré ailleurs » avec la date du transfert.
- ❖ Si un patient a été transféré d'un autre établissement (type de patient « Transfert entrant »), souvenez vous d'indiquer l'issue du traitement du patient à l'établissement d'origine.
- ❖ Chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire à frottis négatif, les issues « Guérison » et « Echec du traitement<sup>1</sup> » ne sont pas possibles, car elles reposent sur une conversion ou non (de positif à négatif) lors du frottis de contrôle. Toutefois, les autres issues sont possibles : « Traitement achevé », « Décès », « Abandon » et « Transféré ailleurs ».
- ❖ Lorsqu'un patient n'achève pas le traitement, remettez tous les médicaments restants dans la boîte de traitement du patient dans le stock de médicaments.
- ❖ Certains patients n'achèvent pas le traitement parce qu'ils décèdent ou cessent de venir recevoir le traitement ou ne peuvent être localisés.
- ❖ Lorsque le traitement est achevé, faites-le savoir au patient.

<sup>1</sup> A l'exception d'un patient atteint de tuberculose pulmonaire à frottis négatif qui devient positif à 2 mois. Enregistrer l'issue pour ce patient comme « Echec du traitement ». Réenregistrer le patient sous « Autre » et commencer un traitement de catégorie II.





# J Chez un patient tuberculeux VIH-positif, surveiller l'état clinique et dispenser des soins du VIH pendant toute la durée du traitement antituberculeux

Si vous avez la formation et le soutien nécessaires, suivez la séquence des soins chroniques du VIH pour les patients tuberculeux VIH-positifs (voir les deux pages suivantes). Si le traitement du VIH au moyen du TAR doit être dispensé dans un autre dispensaire, coordonnez les soins avec celui-ci.

1. Triage.
2. Education et soutien.
3. Evaluer : bilan clinique des signes et symptômes, utilisation des médicaments, effets secondaires, complications ; classer ensuite selon le stade clinique.
  - Prêter une attention particulière aux signes et aux effets secondaires liés à la tuberculose (section G2).
  - Répéter la détermination du stade clinique – si le patient présente de nouveaux signes de stade clinique 4 ou s'il perd du poids, utiliser la section B4 du présent guide.
  - Si le patient est sous TAR, réagir aux nouveaux signes et symptômes au moyen du module *PCIMAA Soins aigus* et du tableau sur les effets secondaires à la section G2.
4. Evaluer la situation familiale.
5. Examiner l'état d'avancement de la tuberculose : utiliser le présent guide jusqu'à ce que le traitement soit terminé.
6. Dispenser les soins cliniques – en gardant à l'esprit la prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH.
7. Prophylaxie.
  - Les patients sous traitement antituberculeux ne devraient pas recevoir de prophylaxie INH.
  - Administrer une prophylaxie par le cotrimoxazole conformément à la section E1.
  - Administrer une prophylaxie par le fluconazole si ce médicament figure dans le plan de traitement du patient.

# Séquence des soins après test positif de dépistage du VIH

## 2 Education et soutien

- Fournir un soutien constant
- Aborder la divulgation de la séropositivité et le test VIH du partenaire
- Expliquer le traitement, les soins de suivi
- Soutenir les soins chroniques du VIH
- Evaluer et soutenir l'observance des soins, de la prophylaxie et du TAR
- Prévention positive pour les personnes vivant avec le VIH



**Recommandations d'éducation et de soutien**  
(Voir Annexe A)

## 1 Triage

- Le patient vient pour la première fois ou revient pour une visite de contrôle
- Enregistrer
- Historique



Le patient poursuit des soins à domicile et est accompagné pendant son traitement.

Famille et amis, pairs, agents de santé communautaires, autres soignants communautaires, praticiens traditionnels, organismes communautaires/ONG/organisations religieuses.



## 11 Prévention pour les personnes vivant avec le VIH

- Prévention de la transmission du VIH :
  - Pratiques sexuelles à moindre risque, préservatifs
  - Soutien au patient désireux de révéler son état
  - Précautions à prendre au domicile et par le soignant
  - Choix en matière de procréation, PTME, planification familiale
- "Bien vivre" la séropositivité
- Interventions de réduction des risques pour les usagers de drogues IV



Guide d'autoprise en charge du patient et manuel du soignant

Soins palliatifs

## 10 Organiser

- Délivrer et enregistrer les médicaments
- Faire la liaison avec les services communautaires
- Enregistrer les données sur la fiche
- Programmer le suivi



Si une visite de l'agent de santé est nécessaire :

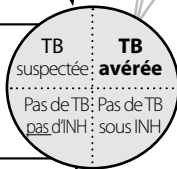
**TB  
avérée**

### 3 Evaluer

- Faire un bilan clinique des symptômes, de l'utilisation des médicaments et des effets secondaires
- Déterminer le stade clinique du VIH et l'état fonctionnel
- Evaluer l'observance du traitement (sur la base de l'évaluation du conseiller et de la vôtre)

**4 Evaluer la situation de famille, y compris grossesse, planification familiale et statut sérologique VIH des enfants**

**5 Re chercher la tuberculose chez tous les patients à chaque visite**



### 6 Dispenser des soins cliniques

- Soins aigus : module *PCIMAA Soins aigus* ou *PCIME* si l'enfant a moins de 5 ans

**Pour tous, traiter les symptômes**

### 7 Administrer la prophylaxie si celle-ci est indiquée

### 8 Traitement ARV :

- Décider de l'éligibilité du patient
- Consulter/référer au médecin de district selon directives
- Effectuer le suivi clinique du TAR
- Soutenir l'observance du traitement

### 9 Gérer les problèmes chroniques

### A Déterminer:

- la localisation de la maladie
- le type de tuberculose
- la catégorie de traitement antituberculeux
- le plan de traitement combiné antituberculeux-antirétroviral (par le médecin ou médecin assistant)
- la situation familiale et la sérologie VIH du ou des partenaires et des enfants

### B Décider du plan de traitement antituberculeux ou antituberculeux-antirétroviral

### C Préparer la fiche de traitement antituberculeux

### D Eduquer sur la tuberculose et le VIH

### E Donner un traitement préventif

- Cotrimoxazole
- INH aux contacts familiaux
- BCG si moins de 2 ans

### F Préparer et soutenir l'observance du traitement

- Préparer le patient à l'autoprise en charge
- Sélectionner, préparer, superviser l'accompagnateur de traitement
- Autres types de soutien à l'observance Si maladie grave

### G Soutenir le patient pendant toute la durée du traitement antituberculeux

- Accompagner ou surveiller directement le traitement
- Traiter les effets secondaires
- Poursuivre l'éducation sur la tuberculose et le VIH

### H Surveiller le traitement antituberculeux

### I Déterminer l'issue du traitement

Soins aigus

Si maladie grave

**Consulter ou référer au médecin de district comme indiqué**



## 8. Traitement antirétroviral.

- Pour entamer un traitement antirétroviral, les patients antituberculeux doivent disposer d'un plan de traitement combiné établi par un médecin.
- Certaines autres infections opportunistes doivent être traitées avant de commencer le TAR, et les problèmes de santé mentale/toxicomanie doivent être stabilisés. Utiliser les sections 8.2 et 8.3 du module *PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement antirétroviral et prévention*.
- Fournir au patient et à l'accompagnateur de traitement la fiche d'information correspondant à leur schéma thérapeutique.
- La préparation, le soutien et la surveillance de l'observance du traitement au moyen des 5 fondamentaux (évaluer, conseiller, débattre, aider et prévoir) pour établir un partenariat avec le patient et développer des compétences d'autoprise en charge sont particulièrement importants chez les patients présentant une co infection tuberculose-VIH.

## 9. Prendre en charge les autres problèmes chroniques – diarrhée persistante, fièvre, perte de poids, injection de drogue et thérapie de substitution.

## 10. Délivrer les médicaments, programmer le suivi, enregistrer les données.

- Coordonner la délivrance des médicaments antirétroviraux et antituberculeux si vous prenez en charge les deux infections (voir section B6).
- Actualiser la *fiche Soins VIH/TAR*.
- Effectuer des visites à domicile et retrouver des patients qui manquent un rendez-vous.
- Assurer la liaison avec les soins communautaires.

## 11. Prévention chez les personnes vivant avec le VIH.

- Tous les patients devraient faire l'objet d'interventions continues pour les aider à prévenir la transmission à d'autres personnes, prévenir la transmission mère-enfant, faire leurs choix en matière de procréation et bénéficier de mesures appropriées de planification familiale, d'un soutien pour révéler leur état, etc.
- Tous les patients devraient recevoir un soutien continu pour adopter une attitude positive et les aider à se protéger contre d'autres infections, recevoir un soutien nutritionnel, pratiquer une activité physique, et recevoir des avis pour éviter de recourir à des traitements ou suppléments alimentaires coûteux inefficaces ou dangereux.

Garantir la continuité du traitement antirétroviral après la fin du traitement antituberculeux. Le patient aura besoin d'une nouvelle fiche de traitement et des changements devront peut-être être apportés aux méthodes de soutien à l'observance.

# K Considérations particulières applicables aux enfants

## **K1** *Quand soupçonner une infection tuberculeuse chez l'enfant ?*

Le diagnostic de la tuberculose chez les jeunes enfants n'est pas toujours simple, car il n'est pas facile d'obtenir des échantillons adéquats de crachats. Les enfants de moins de 5 ans ayant des antécédents de contacts étroits avec un patient tuberculeux et présentant des symptômes de tuberculose (toux, fièvre, perte de poids ou absence de croissance) devraient être adressés à un médecin pour évaluation.

La présence de trois ou plusieurs des symptômes suivants devrait fortement suggérer un diagnostic de tuberculose :

- Symptômes chroniques évocateurs de la tuberculose
  - Toux
  - Fièvre
  - Perte de poids
- Signes physiques fortement évocateurs de la tuberculose\* :
  - Bosse, notamment d'apparition récente (signe d'une tuberculose vertébrale) ou
  - Lymphadénopathie cervicale non douloureuse avec formation de fistules
- Une intradermoréaction, ou test Mantoux, positive :
  - $\geq 5$  mm chez les enfants à haut risque (infectés par le VIH ou gravement malnutris)
  - $\geq 10$  mm chez tous les autres enfants
- Radiographie des poumons évocatrice de la tuberculose.

\* Les autres signes physiques de la tuberculose extrapulmonaire (tels qu'épanchement pleural, abdomen distendu avec ascite, ou méningite subaiguë) nécessiteront des investigations complémentaires par un médecin.

Tous les enfants chez qui la tuberculose a été diagnostiquée devraient subir un test de dépistage du VIH si ce n'est pas déjà fait.

## **K2** *Dosage des médicaments antituberculeux chez l'enfant*

Les posologies en mg/kg de poids corporel sont les mêmes pour les enfants que pour les adultes.

<b>Médicament</b>	<b>Dose recommandée en mg/kg de poids corporel (fourchette)</b>	
	Chaque jour	Trois fois par semaine
Isoniazide	5 (4-6), maximum 300 par jour	10
Rifampicine	10 (8-12), maximum 600 par jour	10 (8-12), maximum 600 par jour
Pyrazinamide	25 (20-30)	35 (30-40)
Ethambutol*	Enfants 20 (15-25)* Adultes 15 (15-20)	30 (25-35)
Streptomycine	15 (12-18)	15 (12-18)

\* La dose quotidienne recommandée d'éthambutol est plus importante chez l'enfant (20 mg/kg) que chez l'adulte (15 mg/kg), car la pharmacocinétique du médicament est différente (les concentrations sérologiques maximales d'éthambutol sont plus basses chez les enfants que chez les adultes recevant la même dose en mg/kg).



## **K3** *TAR chez les enfants tuberculeux infectés par le VIH*

Chez les enfants infectés par le VIH présentant une tuberculose confirmée ou présumée, l'initiation du traitement antituberculeux est la priorité. Toutefois, on ne connaît pas le moment optimal du début du traitement antirétroviral au cours du traitement antituberculeux. Le choix du moment où débiter le TAR après l'institution du traitement antituberculeux suppose un équilibre entre l'âge de l'enfant, le nombre de comprimés, les interactions médicales potentielles, les toxicités croisées et le syndrome de reconstitution immunitaire possible, et le risque de progression de l'immunosuppression, avec l'augmentation de la mortalité et de la morbidité qui lui sont associées. De nombreux médecins commenceront le TAR 4 à 8 semaines après le début du traitement antituberculeux.

# L Lutte contre l'infection tuberculeuse

## **L1 Comment se propage la tuberculose ?**

La tuberculose est due à *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tb*). Les personnes chez qui le bacille est présent dans le poumon ou le larynx (gorge) peuvent libérer de minuscules particules contenant *M. tb* dans l'air en toussant ou en éternuant. Ces particules sont appelées noyaux de gouttelettes. Elles sont invisibles à l'œil nu, car elles ne mesurent qu'environ un millionième de mètre de long. Les noyaux de gouttelettes peuvent rester en suspension dans l'air d'une pièce pendant plusieurs heures, jusqu'à ce qu'ils soient évacués par ventilation naturelle ou mécanique.

Pour que la tuberculose puisse se propager, il doit y avoir une source qui produit *M. tb* (personne atteinte de tuberculose) et d'autres personnes qui inhalent les noyaux de gouttelettes contenant le bacille. Toute personne respirant le même air qu'une personne atteinte de tuberculose dans les poumons ou le larynx et qui est au stade infectieux de la TB, est exposée au risque d'infection. Lorsqu'une autre personne inhale un ou plusieurs noyaux de gouttelettes, elle peut être infectée par la tuberculose ou, en d'autres termes, contracter une infection tuberculeuse.

## **L2 Quand la tuberculose est-elle contagieuse ?**

La tuberculose peut être contagieuse lorsqu'elle touche les poumons ou le larynx.

En général, une personne atteinte de tuberculose chez qui le bacille est présent dans les poumons ou le larynx doit être considérée comme contagieuse tant :

- ❖ qu'elle n'a pas obtenu 3 frottis consécutifs négatifs sur 2 jours distincts ; ou
- ❖ achevé au moins 2 semaines de traitement antituberculeux, de préférence sous surveillance directe par un accompagnateur de traitement ; et
- ❖ que les symptômes ne se sont pas améliorés.

Un cas suspecté de tuberculose doit être considéré comme contagieux jusqu'à ce que le diagnostic soit posé.

## **L3 Le plan de lutte contre l'infection tuberculeuse dans tous les établissements de santé devrait comprendre les mesures suivantes**

- ❖ Interroger tous les patients pour repérer ceux qui toussent depuis plus de 2 semaines dès que possible à leur arrivée au centre.
- ❖ Demander au patient de se couvrir la bouche lorsqu'il tousse, si possible.
- ❖ Fournir des masques ou des mouchoirs en papier aux personnes présentant des symptômes de tuberculose (« suspectées de tuberculose »).

Les masques aident à prévenir la propagation de *M. tb* du patient qui les porte à d'autres personnes en retenant les particules humides les plus grosses à proximité de la bouche et du nez. Ces masques pourraient être fournis aux personnes présentant un tableau symptomatique positif et l'on pourrait leur demander de les porter jusqu'à ce qu'elles quittent le centre. Les masques en tissu peuvent être stérilisés et réutilisés. Les mouchoirs en papier fournis à ces personnes, avec instruction de se couvrir la bouche et le nez lorsqu'elles toussent ou éternuent, sont moins chers et également moins susceptibles de désigner les personnes chez qui l'on suspecte la tuberculose, avec le risque de stigmatisation que cela peut comporter. Toutefois, ils ont moins de chances d'être utilisés efficacement.

**Mode opératoire suggéré au dispensaire :** Les clients présentant un tableau symptomatique positif devraient recevoir immédiatement des mouchoirs en papier (ou morceaux de tissu) et être invités à se couvrir la bouche et le nez lorsqu'ils toussent ou éternuent. Ou bien l'on pourrait leur donner un masque et leur demander de le porter tant qu'ils sont dans le centre.

- ❖ Placer les personnes chez qui l'on suspecte la tuberculose dans une salle d'attente séparée bien ventilée ou à l'extérieur.

**Mode opératoire suggéré au dispensaire :** Un membre du personnel devrait diriger ou escorter la personne chez qui la tuberculose est suspectée vers une salle d'attente séparée. Les clients doivent être assurés de conserver leur place dans la queue pour l'enregistrement et/ou les prestations (cette salle d'attente spéciale devrait être le plus possible ventilée naturellement).

- ❖ Accélérer la prestation de services pour les personnes chez qui la tuberculose est suspectée.

**Mode opératoire suggéré au dispensaire :** Les personnes chez qui la tuberculose est suspectée devraient être placées en tête de queue pour les services qu'elles demandent, par exemple test de dépistage du VIH et conseil ou CDV, réapprovisionnement en médicaments, évaluation médicale. Cela réduit la durée d'exposition potentielle dans l'établissement et peut être une incitation à révéler des informations pendant l'examen.

- ❖ Assurer un examen rapide des personnes chez qui la tuberculose est suspectée ou les référer rapidement au service de diagnostic de la tuberculose s'il n'en existe pas sur place.
- ❖ Utiliser et entretenir les mesures de lutte environnementales (voir section suivante).
- ❖ Examiner les membres du personnel et rechercher des symptômes de tuberculose (voir section A).
- ❖ Proposer des services de dépistage du VIH et de conseil confidentiels et volontaires au personnel en lui donnant un accès approprié au traitement.
- ❖ Former et éduquer tout le personnel en matière de tuberculose, de lutte antituberculeuse et de lutte contre l'infection. Déconseiller de porter des masques (voir section J5).
- ❖ Suivre la mise en oeuvre du plan de lutte contre l'infection tuberculeuse.



## **L4 Mesures de lutte environnementales**

Les mesures environnementales sont la deuxième ligne de défense contre la propagation de la tuberculose dans les cadres où sont dispensés des soins aux personnes infectées par le VIH. Si le contrôle des pratiques professionnelles est insuffisant, des mesures de lutte environnementales n'élimineront pas le risque de propagation de la tuberculose.

Les mesures de lutte environnementales comprennent :

### **❖ Ventilation (naturelle et mécanique)**

La ventilation naturelle contrôlée peut réduire le risque de propagation de la tuberculose. La ventilation est le mouvement de l'air dans un bâtiment et le remplacement de l'air d'un bâtiment par de l'air extérieur. Lorsque de l'air frais pénètre dans une pièce, il dilue la concentration de particules telles que les noyaux de gouttelettes contenant *M. tb* dans l'air de la pièce.

- **Ouvrir portes et fenêtres** pour faire entrer l'air ; une ventilation « contrôlée » implique que l'on vérifie que les portes et les fenêtres sont maintenues dans la position voulue pour accroître la ventilation. Concevoir les salles d'attente et les salles d'examen de façon à ce qu'elles soient ventilées au maximum naturellement peut aider à réduire la propagation de la tuberculose.
- **Dans les climats chauds, utiliser un abri couvert en plein air** pour protéger les patients du soleil et de la pluie.
- Les **ventilateurs** peuvent également aider à renouveler l'air.
- **Toujours recueillir les échantillons de crachats à l'extérieur (à ciel ouvert) et à l'écart des autres personnes**, et non dans des petites pièces comme des toilettes ou autres zones confinées.

### **❖ Filtration et irradiation germicide aux ultraviolets**

Ces mesures de lutte environnementales sont plus complexes technologiquement et plus coûteuses, et donc mieux adaptées aux hôpitaux de recours pour compléter la ventilation.

## L5 *Protection des agents de santé*

Le principal moyen **de prévenir la transmission de la tuberculose aux agents de santé** et à d'autres personnes au centre de santé consiste à faire prendre leurs médicaments aux patients tuberculeux. Ils cesseront alors d'être contagieux au bout d'une semaine ou deux. Une bonne ventilation de la pièce où le traitement est dispensé est également très importante.

La protection respiratoire personnelle (respirateurs) n'est pas une intervention prioritaire. Les respirateurs ne peuvent protéger les agents de santé de *M. tb* que si des pratiques professionnelles et des mesures de lutte environnementales appropriées sont mises en place, car ils constituent la dernière ligne de défense. Ils sont coûteux et nécessitent un matériel spécialisé pour le réglage. Souvent, ils ne sont pas accessibles dans les milieux où les ressources sont limitées. Leur utilisation devrait être limitée aux zones à très haut risque des hôpitaux et centres de recours, telles que les salles où sont effectuées la spirométrie ou la bronchoscopie, ou bien les centres de traitement spécialisés pour les personnes atteintes de tuberculose polypharmacorésistante.

Les respirateurs et les masques sont deux choses différentes, car les masques chirurgicaux sont fabriqués en tissu ou en papier. Les masques ne protègent pas les personnes qui les portent de l'inhalation de *M. tb*. En fait, l'utilisation de ces masques peut contribuer à créer un faux sentiment de sécurité. **Il n'y a pas de raison pour que les agents de santé ou le personnel utilisent des masques pour se protéger contre la tuberculose.**

# M

## La prévention chez les personnes vivant avec le VIH

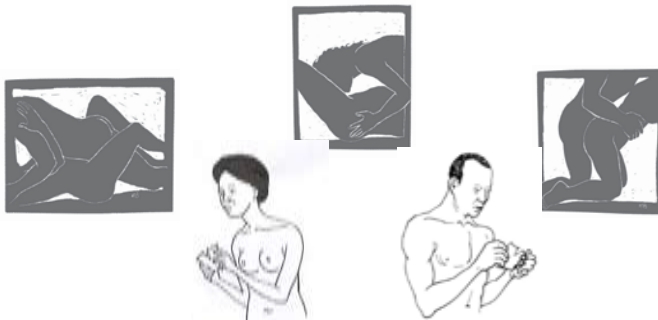


### **M1** *Prévenir la transmission sexuelle du VIH*

(Utiliser le *dossier d'éducation des patients* de la PCIMAA comme support pour fournir ces informations et donner des explications plus détaillées.)

Mettre en garde contre les risques des rapports sexuels non protégés et établir un plan individuel de réduction des risques.

- ❖ Informer sur le risque de transmission de l'infection à VIH aux partenaires sexuels.
- ❖ Aider le patient à évaluer son risque de transmission et établir un plan individuel de réduction des risques.
- ❖ Expliquer qu'il est possible d'être réinfecté par une autre souche du VIH ou de contracter une infection sexuellement transmissible (IST).
- ❖ Expliquer qu'il n'est pas nécessaire d'éviter toute activité sexuelle, mais que des précautions doivent être prises.

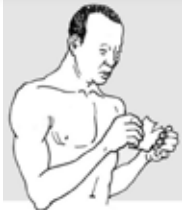


Conseiller l'utilisation correcte et régulière des préservatifs à chaque rapport sexuel.

- ❖ Expliquer qu'il est indispensable d'utiliser systématiquement des préservatifs même si l'on est déjà infecté par le VIH ou si les deux partenaires sont VIH-positifs.
- ❖ Utiliser des préservatifs pour les rapports sexuels vaginaux, anaux et oraux.
- ❖ Faire la démonstration de l'utilisation des préservatifs tant masculins que féminins.
- ❖ Utiliser un modèle pour montrer l'utilisation correcte.
- ❖ Expliquer comment mettre le préservatif avant la pénétration et non pas uniquement juste avant l'éjaculation.
- ❖ Demander au client de montrer qu'il sait utiliser correctement les préservatifs.
- ❖ Expliquer les avantages et les inconvénients des préservatifs masculins et féminins.
- ❖ Conseiller d'utiliser des lubrifiants à base d'eau.



## Comment utiliser les préservatifs :



1 Utiliser un nouveau préservatif pour chaque acte sexuel et vérifier la date de péremption.



2 Placer le préservatif sur la pointe du pénis avec le bord enroulé vers l'extérieur.



3 Dérouler le préservatif le long du pénis jusqu'à la base.



4 Après l'éjaculation, retenir le préservatif et retirer le pénis du vagin.



5 Jeter le préservatif après usage.

### Examiner les obstacles potentiels à l'utilisation systématique et correcte du préservatif

- ❖ Examiner les possibilités de surmonter ces obstacles.
- ❖ Proposer des techniques/compétences pour négocier l'utilisation du préservatif selon les besoins exprimés par les clients.
- ❖ Utiliser le jeu de rôles pour démontrer la négociation de l'utilisation du préservatif avec le patient.

### Fournir des préservatifs et discuter comment le patient s'assurera un approvisionnement régulier en préservatifs

### Conseiller sur les pratiques sexuelles à moindre risque et sur la réduction du risque de transmission

- ❖ Conseiller sur la limitation du nombre de partenaires en insistant sur l'utilisation systématique du préservatif à tout acte sexuel.
- ❖ Conseiller sur les méthodes sexuellement moins risquées – choisir des activités sexuelles au cours desquelles il n'y a pas pénétration de sperme, de sécrétions vaginales ou de sang dans la bouche, l'anus ou le vagin du/de la partenaire.
- ❖ Expliquer les symptômes des IST aux patients et leur conseiller de se faire soigner rapidement s'ils soupçonnent une IST.
- ❖ Dissiper toute idée fautive sur la disparition de l'infection à VIH à travers les rapports sexuels avec des mineurs ou autres. Evoquer toute autre croyance locale pouvant avoir des répercussions sur une prévention positive, par exemple la croyance selon laquelle les préservatifs transmettraient le VIH.
- ❖ Pour les hommes adultes, insister pour qu'ils n'aient pas de rapports sexuels avec des adolescentes ou des jeunes filles (ou des garçons).
- ❖ Insister sur le fait que, même si la personne est sous TAR, il peut y avoir transmission du VIH.
- ❖ Répondre aux préoccupations au sujet de la fonction sexuelle. Encourager les questions des clients. Souligner qu'une activité sexuelle normale peut être poursuivie moyennant les précautions indiquées.



Restez fidèle à votre partenaire.



Limitez le nombre de partenaires sexuels. Utilisez toujours un préservatif.



Explorez d'autres formes de plaisir sexuel.



N'ayez pas de relations sexuelles avec des jeunes filles. Cela ne guérit pas le VIH. Cela ne fait qu'aggraver les choses en propageant l'infection dans la jeune génération.

Evoquer la question de la divulgation de la séropositivité au VIH (voir annexe A.5 du module **PCIMAA Soins chroniques du VIH, traitement ARV et prévention**) et encourager le partenaire à se faire dépister.

- ❖ Examiner les difficultés qu'il y a à révéler son statut sérologique, mais aussi les avantages.
- ❖ Elaborer une stratégie pour aider le patient à communiquer l'information, s'il est prêt.
- ❖ Renvoyer vers les groupes de soutien aux personnes vivant avec le sida ou autres pour soutien supplémentaire si nécessaire.
- ❖ Encourager vivement et faciliter les tests de dépistage VIH pour les partenaires (enregistrer le résultat sur la fiche Soins du VIH/TAR).
- ❖ Aborder la question du test de dépistage VIH pour les enfants.
- ❖ Fournir des conseils en permanence aux couples qui ne sont séro-différents



## **Conseil en matière de planification familiale et de procréation**

**Pour une femme en âge de procréer ou un homme, conseiller sur les choix en matière de procréation et la planification familiale.** (Utiliser le *dossier sur les choix en matière de procréation et la planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH* pour de plus amples informations et pour étayer vos explications.)

Si une grossesse est envisagée :

- ❖ Conseiller sur les risques associés à la grossesse :
  - Les infections comme le paludisme, la tuberculose, la pneumonie sont plus dangereuses pendant la grossesse.
  - Le risque de complications de post-partum est accru.
- ❖ La grossesse n'entraîne pas de progression plus rapide du VIH/sida pour la femme.
- ❖ Evoquer les risques pour l'enfant. Il y a un risque de transmission d'une femme VIH-positif à son enfant pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou durant l'allaitement. Il existe également un risque accru de fausse couche, de mort à la naissance et de faible poids de naissance.
- ❖ Evoquer les interventions de PTME.
- ❖ Risque d'infection d'un partenaire non infecté.
- ❖ Si l'homme n'est pas infecté par le VIH, envisager l'insémination artificielle. Si ce n'est pas possible, conseiller d'avoir des rapports sexuels sans préservatif uniquement pendant la période féconde du mois.
- ❖ Si aucune grossesse n'est désirée, évoquer la planification familiale.
- ❖ Encourager l'utilisation des préservatifs pour tous pour protéger contre les IST, l'infection par une autre souche du VIH et pour prévenir la transmission aux partenaires sexuels.
- ❖ Les préservatifs sont également une méthode efficace de contraception lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement (offrant une protection double, à la fois contre une grossesse non désirée et contre les IST/VIH). Toutefois, si une femme désire une protection supplémentaire contre la grossesse, elle souhaitera peut-être utiliser les préservatifs en plus d'une autre méthode contraceptive.

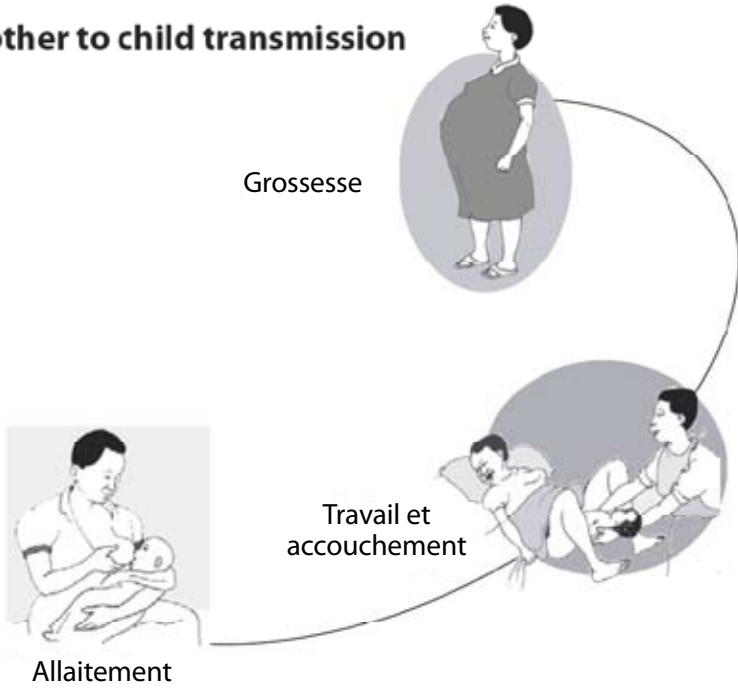


## Risque de transmission mère-enfant du VIH

Sur 20 enfants nés de femmes VIH-positives, non traitées (le risque de transmission peut être diminué après traitement).




Non infectés	13
Infectés pendant la grossesse et l'accouchement	4
Infectés pendant l'allaitement	3

### Mother to child transmission



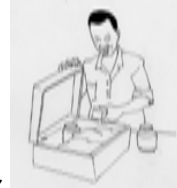
# Exemple de fiche de traitement du patient pour traitement combiné antituberculeux-antirétroviral

d4T - 3TC - EFV		
stavudine	lamivudine	éfavirenz

	Semaines 1-2	Semaines 3-8 (2 mois)	Mois 2-6	Mois 7 et plus
 <b>TAR</b>		d4T-3TC (AF) comprimé combiné	d4T-3TC (AF) comprimé combiné	d4T-3TC (AF) comprimé combiné
	RHZE 4 comprimés distincts	RHZE 4 comprimés distincts	RHZE 4 comprimés distincts	
 <b>ART</b>		d4T-3TC (AF) EFV (séparé)	d4T-3TC (AF) EFV (séparé)	d4T-3TC (AF) EFV (séparé)

Souvenez-vous que

- Si vous manquez des doses (même 3 doses au cours d'un mois), une **PHARMACORESISTANCE** peut apparaître. C'est mauvais pour vous et pour votre communauté.
- Si vous arrêtez, vous tomberez malade en quelques mois ou en une année.
- Les médicaments **NE DOIVENT PAS** être partagés avec la famille et les amis.
- Si vous avez du mal à prendre vos comprimés régulièrement, PARLEZ-EN à votre agent de santé. DEMANDEZ un soutien de votre accompagnateur de traitement, de votre famille ou de vos amis.



Il est courant d'avoir des effets secondaires. Ils disparaissent généralement en 2 semaines.

Si vous avez :	Faites :
Nausées	Prenez vos comprimés avec quelque chose à manger.
Diarrhée	Continuez à boire et à manger.
L'EFV peut provoquer des effets sur le cerveau tels que somnolence, vertiges, cauchemars ou problèmes de sommeil ou de mémoire	Les effets secondaires disparaissent généralement. Il est important de prendre l'éfavirenz le soir.
Douleurs musculaires, fatigue	Ces symptômes disparaîtront.
Coloration rouge/orangée de l'urine	C'est normal.

Si la nausée ou la diarrhée persiste ou s'aggrave, ou si vous présentez l'un quelconque des symptômes suivants, signalez-le à l'agent de santé **A LA PROCHAINE VISITE.**

- Picotements, absence de sensation ou douleurs dans les pieds, les jambes ou les mains.
- Amaigrissement des bras, des jambes, des fesses et des joues.
- Seins, ventre, nuque qui grossissent ou épaississent.

**CONSULTEZ D'URGENCE** en cas :

- De douleurs abdominales graves.
- De coloration jaune des yeux.
- D'éruption cutanée.
- De fatigue ET d'essoufflement.





**Formulaires d'enregistrement  
et de notification révisés  
pour la tuberculose**

**A adapter par les pays**





## Registre tuberculose de l'unité administrative de base – Côté gauche du registre

Date d'enregistrement	N° TB BMU	Nom	Sexe M/F	Age	Adresse	Etablissement de santé <sup>1</sup>	Date de début du traitement	Catégorie de traitement <sup>2</sup>	Localisation P/EP	Type de patient <sup>3</sup>									
										N	R	E	A	T	O				

Notes de bas de page apparaissant sur la première page du registre seulement :

- 1** Etablissement où la fiche de traitement du patient est conservée. Au cas où plusieurs exemplaires seraient conservés, c'est l'établissement le plus périphérique qui sera inscrit. Utiliser pour le type d'établissement de santé les codes figurant dans le bloc 2 du *Rapport annuel sur la gestion des programmes dans les BMU*. L'établissement de santé est défini comme tout établissement doté de personnels de santé officiellement chargés de l'une quelconque des fonctions suivantes de lutte antituberculeuse (DOTS) : référence des cas/cas suspects de tuberculose, diagnostic en laboratoire, traitement antituberculeux et soutien aux patients pendant le traitement.
- 2** **Inscrivez la catégorie de traitement :**  
**CAT. I :** Nouveaux cas de TBP et TBEP à frottis positif (+), à frottis positif grave (-), par exemple 2(RHZE)/4(RH)  
**CAT. II :** Redémarrage d'un traitement, par exemple 2(RHZE)/5/1 (RHZE)/5(RHE)  
**CAT. III :** Nouveaux cas de TBP et TBEP à frottis négatif, par exemple 2(RHZE)/4(RH)
- 3** **Ne cochez qu'une seule colonne :**  
**N = Nouveau** – Patient qui n'a jamais été traité pour la tuberculose ou qui a pris des médicaments antituberculeux pendant moins d'un mois.  
**R = Rechute** – Patient déjà traité pour la tuberculose, déclaré guéri ou dont le traitement a été achevé et qui est diagnostiqué positif bactériologiquement (+) pour la tuberculose (frottis ou culture).  
**E = Traitement après échec** – Patient qui a commencé un nouveau traitement après que le précédent ait échoué.

**A = Traitement après abandon** – Patient qui revient pour un traitement, positif bactériologiquement, après une interruption de traitement de 2 mois consécutifs ou plus.  
**T = Transfert** – Patient qui a été transféré d'un autre registre tuberculeux pour poursuivre son traitement. Ce groupe est exclu des *rapports trimestriels sur l'enregistrement des cas de tuberculose et sur l'issue du traitement*.

**O = Autres patients précédemment traités** – Tous les cas qui n'entrent pas dans les définitions ci-dessus. Ce groupe comprend les cas à frottis positif dont on ignore les antécédents ou dont on ignore l'issue d'un traitement antérieur, les cas à frottis négatif précédemment traités, les cas de tuberculose extrapulmonaire précédemment traités et les cas chroniques (c'est-à-dire un patient à frottis positif à la fin d'un nouveau cycle de traitement).

## Registre tuberculose de l'unité administrative de base – Côté droit du registre

Résultats de l'examen microscopique des crachats et autres examens										Issue du traitement et date		Activités TB/VIH		Observations			
Avant traitement					2 ou 3 mois <sup>1</sup>		5 mois		Fin du traitement		Date	Issue <sup>5</sup>	TAR O/N Date de début		CPT O/N Date de début		
Résultat du frottis <sup>2</sup>	Date/ N° lab.	Date du résultat VIH <sup>3</sup>	Résultat radiographie <sup>4</sup>	Résultat du frottis <sup>2</sup>	Date/ N° lab.	Résultat du frottis <sup>2</sup>	Date/ N° lab.	Résultat du frottis <sup>2</sup>	Date/ N° lab.	Date/ N° lab.				Guérison		Traitement achevé	Echec thérapeutique

Notes de bas de page apparaissant sur la première page du registre seulement :

- 1 Les patients de catégorie I ont un frottis de contrôle à 2 mois ; les patients de catégorie II ont un frottis de contrôle à 3 mois. Les patients de catégorie I en phase initiale de traitement étendue à 3 mois ont un frottis de contrôle à 2 ET 3 mois. Les résultats doivent être enregistrés dans la même case.
- 2 (NP) : non pratiqué ; (NEG) : 0 BAR/100 champs microscopiques ; (1-9) : nombre exact de 1 à 9 BAR/100 champs ; (+) : 10-99 BAR/100 champs ; (+++) : >10 BAR/champ.
- 3 (Pos) : positif ; (Neg) : négatif ; (I) : indéterminé ; (NP) : non pratiqué/inconnu. Preuve attestant de l'exécution d'un test de dépistage du VIH pendant ou avant le traitement antituberculeux à inscrire ici. Des mesures destinées à améliorer la confidentialité devraient accompagner l'enregistrement de la sérologie VIH dans le dossier du patient tuberculeux ou les registres.
- 4 (Pos) : évocateur de tuberculose ; (Neg) : non évocateur de tuberculose ; (NP) : non pratiqué.
- 5 **Cochez une colonne seulement par patient :**  
**Guérison** : patient à frottis positif dont le frottis est devenu négatif au cours du dernier mois de traitement et au moins une occasion antérieure.  
**Traitement achevé** : patient qui a terminé le traitement mais qui ne répond pas aux critères pour être classé comme guéri ou comme échec thérapeutique.  
**Echec thérapeutique** : nouveau patient à frottis positif à 5 mois ou plus tard pendant le traitement, ou qui est passé à la catégorie IV parce que le frottis s'est avéré TB-PCR. Patient précédemment traité à frottis positif à la fin du nouveau traitement ou qui est passé à la catégorie IV parce que le frottis s'est révélé TB-PCR.  
**Décès** : patient décédé d'une cause quelconque pendant la durée du traitement.  
**Abandon** : patient dont le traitement a été interrompu pendant au moins 2 mois consécutifs.  
**Transfert sortant** : patient qui a été transféré vers un établissement de santé d'une autre BMU et pour qui l'issue du traitement n'est pas connue.

## Demande d'examen microscopique des crachats (frottis)

*Le formulaire indiquant les résultats devrait être envoyé rapidement  
par le laboratoire à l'établissement demandeur*

Etablissement demandeur<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Adresse complète \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Raison de l'examen microscopique des crachats :

Diagnostic

OU  Suivi Nombre de mois de traitement : \_\_\_\_\_ N° du registre TB BMU<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Nom et signature de la personne sollicitant l'examen \_\_\_\_\_

*1. Y compris tous les établissements de santé/dispensateurs publics et privés*

*2. Veillez à inscrire le numéro de registre TB BMU du patient pour le suivi des patients en chimiothérapie*

---

### RESULTATS (à remplir par le laboratoire)

N° de série du laboratoire \_\_\_\_\_

Date du prélèvement <sup>3</sup>	Echantillon de crachats	Apparence visuelle <sup>4</sup>	RESULTATS				
			NEG	(1-9)	(+)	(++)	(+++)
	1						
	2						
	3						

*3. A remplir par la personne qui prélève l'échantillon*

*4. Taché de sang, muco-purulent, salive*

Examiné par \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

## Abréviations

3TC	lamivudine
ABC	abacavir
AF	Association fixe
ALT	Alanine aminotransférase (test de la fonction hépatique)
ARV	Antirétroviraux (médicaments)
AZT	zidovudine (également appelé ZDV)
BMU	Unité administrative de base
CD4	Taux de lymphocytes comportant un marqueur de surface CD4 par millimètre cube de sang (mm <sup>3</sup> )
d4T	stavudine
ddi	didanosine
EFV	efavirenz
H	isoniazide (INH)
IDV/r	indinavir/ritonavir
INH	isoniazide
LPV/r	lopinavir/ritonavir
NFV	nelfinavir
NVP	névirapine
PCIMAA	Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCR	Tuberculose polychimiorésistante
PEP	Prophylaxie postexposition
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SQV/r	saquinavir/ritonavir
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TDB	ténofovir
TLC	Taux de lymphocytes totaux
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
XDR	Tuberculose ultrarésistante
ZDV	zidovudine, AZT

