

13.1 INTRODUCTION

Les malades TB-VIH reçoivent les soins dans des cadres variés qui comprennent le domicile du sujet, le dispensaire local, l'hôpital de district ou l'hôpital de troisième recours. La coordination des soins dans leurs divers cadres favorise leur continuité. Le personnel du PNAT comme celui des services de santé généraux doivent savoir que de nombreux patients tuberculeux VIH-positifs développent d'autres maladies associées au virus pendant le traitement antituberculeux. Pour mettre en œuvre les interventions qui réduiront la fréquence des infections opportunistes (par exemple la prophylaxie au cotrimoxazole ou une thérapie antirétrovirale), il faut instaurer une collaboration efficace avec les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Les malades TB-VIH connaissent parfois leur séropositivité pour le VIH avant de développer la tuberculose. Mais c'est l'inverse qui est le plus fréquent, avec la découverte de la séropositivité après l'apparition de la TB. Dans les deux cas, le programme de lutte antituberculeuse doit collaborer étroitement avec les autres services apportant l'aide et les soins aux personnes VIH-positives. Le praticien soignant le malade atteint de TB-VIH joue un rôle clef pour l'orientation du sujet vers les services les mieux adaptés.

13.2 ÉLARGISSEMENT DU CHAMP D'APPLICATION DE LA NOUVELLE MÉTHODE POUR FAIRE BAISSER LA CHARGE DE LA TB-VIH

Le VIH renforçant l'épidémie de TB, les programmes de lutte contre ces deux maladies ont des préoccupations communes. La prévention du VIH devrait être une priorité de la lutte antituberculeuse, de même que les soins et la prévention de la TB devraient être une préoccupation majeure des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Jusqu'à une époque récente, les efforts pour endiguer la TB chez les sujets infectés par le VIH ont porté principalement sur l'application de la stratégie DOTS. En identifiant et en guérissant les cas contagieux de TB, elle vise à interrompre la transmission de l'infection à *M. tuberculosis*.

L'élargissement du champ d'application de la nouvelle méthode de lutte antituberculeuse dans les populations connaissant une forte prévalence du VIH fait appel à des interventions contre la TB mais aussi contre le

VIH (donc indirectement aussi contre la TB). Les premières comprennent l'intensification du dépistage des cas, du traitement et des traitements préventifs. Les secondes, contre le VIH (et donc indirectement aussi contre la TB), incluent la promotion des préservatifs, le traitement ou la prophylaxie des IST et la thérapie antirétrovirale. Jusqu'à présent, les programmes de lutte contre la TB et contre le VIH/SIDA ont travaillé chacun de leur côté. Mais il leur faut désormais collaborer dans les domaines d'intérêt commun pour soutenir les prestataires généralistes des soins de santé. Le système intégré de soins du VIH/SIDA et de la TB utilise les services de santé à sa disposition pour garantir aux malades TB-VIH la continuité des soins.

13.3 ORIENTATION VERS LES SERVICES LOCAUX DE SOINS POUR LE VIH/SIDA

L'une des caractéristiques importantes d'un PNAT pleinement opérationnel est l'intégration des activités de lutte antituberculeuse dans les services de santé généraux (voir Chapitre 2). Cela signifie qu'au niveau du district et des services de soins de santé primaires, le personnel de santé prend en charge les patients tuberculeux en suivant les directives du PNAT, avec l'appui du personnel de ce programme.

Le personnel des services de santé généraux et celui du PNAT doivent connaître les services locaux s'occupant du VIH/SIDA auxquels les patients séropositifs peuvent faire appel. Le Ministère de la Santé peut instituer un système d'accréditation des prestataires locaux de services contre le VIH/SIDA: organisations gouvernementales, non gouvernementales (ONG), communautaires, praticiens privés et services de santé des employeurs. Il est souvent possible d'adresser directement les patients à ces services.

Certains patients TB-VIH préfèrent ne pas être adressés à des services spécialisés dans le VIH/SIDA. Il est important de respecter leur volonté et leur confidentialité. De nombreux districts disposent d'un coordonnateur local pour le VIH/SIDA. Les relations entre le personnel du PNAT dans les districts et ces coordonnateurs favorisent l'orientation des patients TB-VIH vers les services spécialisés dans le VIH/SIDA.

Dans de nombreuses villes, on trouve désormais des centres de conseil et de dépistage volontaire du VIH. Certaines des personnes qui consultent ces services peuvent aussi avoir la TB. A Kampala (Ouganda), une étude a montré que 6% des sujets venant dans un de ces centres



avaient une TB qui n'avait pas été encore diagnostiquée. Il est donc important pour le PNAT de collaborer avec ces services. Le personnel de ces établissements doit demander aux patients s'ils ont une toux chronique et adresser les cas suspects au PNAT pour pratiquer un frottis d'expectoration.

13.4 AVANTAGES DE L'APPUI DES SERVICES LOCAUX DE SOINS POUR LE VIH/SIDA

D'un endroit à l'autre, les services de soins que l'on trouve pour le VIH/SIDA sont variables. Il peut s'agir de groupes spécialisés dans le cadre des services de santé généraux, de groupes de soutien au niveau de la communauté ou de programmes de soins à domicile. L'appui des services locaux pour le VIH/SIDA aura pour le patient TB-VIH les avantages suivants:

- accès au conseil et au dépistage volontaire du VIH;
- information sur les pratiques sexuelles à moindre risque et l'utilisation des préservatifs;
- traitement préventif des infections opportunistes associées au VIH (triméthoprime-sulfaméthoxazole, TMP-SMX, par ex.);
- identification et traitement rapides de toute nouvelle infection, y compris celles qui sont sexuellement transmissibles;
- traitement symptomatique au stade terminal;
- soutien psychologique;
- soutien à la famille;
- accès à la thérapie antirétrovirale.



13.5 CADRE POUR LES SOINS DU VIH/SIDA QUI INTÈGRE LES INTERVENTIONS CONTRE LA TUBERCULOSE

La collaboration entre les prestataires de soins aux différents niveaux du système de santé est indispensable. Elle facilite l'orientation des patients et garantit la "continuité des soins".

13.5.1 Soins à domicile et dans la communauté

Au niveau local, les réponses impliquent les personnes à leur domicile, les voisinages et les organisations communautaires. Elles doivent envisager le VIH/SIDA comme une préoccupation commune de la communauté. Les interventions locales pour aider les PVS doivent comprendre l'appui aux patients tuberculeux pour suivre leur traitement complètement. Certains PVS considèrent la tuberculose comme le signe avant-coureur du SIDA. Une vision plus optimiste



consiste à voir dans le développement de cette maladie l'occasion de bénéficier d'une aide pour soigner une pathologie curable et la perspective d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Des interventions ciblées d'information, d'éducation et de communication faciliteront l'adoption de cette vision plus optimiste.

Le personnel des services de santé généraux a la possibilité d'adresser directement les malades vers les services de soins spécialisés dans le VIH/SIDA. Par soins dans la communauté, on entend que le sujet a accès aux soins le plus près possible de son domicile. Certains des services spécialisés assurent les soins à domicile pour les sidéens. Celui qui fournit ces soins peut être un agent de soins ou un bénévole de la communauté. Voir à ce sujet le *Guide pour la prise en charge à domicile des malades du SIDA* de l'OMS.

Les soins à domicile seuls ne suffisent pas pour un malade TB-VIH. Le sujet doit continuer de prendre le traitement antituberculeux sous la surveillance d'un agent de soins à domicile formé et lui-même encadré. La collaboration entre le plan de soins à domicile du VIH/SIDA et le PNAT est indispensable pour assurer la formation et l'encadrement nécessaires. L'agent de soins peut également reconnaître les problèmes liés au traitement antituberculeux et adresser le malade vers le PNAT si besoin.



13.5.2 Soins de santé primaires

Au niveau des soins de santé primaires, les mesures prises pour déceler et traiter les maladies couramment associées au VIH doivent inclure le diagnostic et le traitement des TB contagieuses (pulmonaires à frottis positif). A ce niveau, le personnel de santé doit déceler les cas parmi les sujets qui soit présentent des symptômes, soit ont été identifiés comme tels à la suite d'un dépistage. La toux prolongée est le plus important de ces symptômes. Le dépistage des cas infectieux de TB implique d'avoir accès à un service pratiquant des examens microscopiques de qualité des frottis d'expectoration. Une attention particulière devra être consacrée au dépistage dans les structures collectives (prisons, centres de santé par exemple) ou encore pour les personnes fréquentant les centres de CDV.

Deux traitement préventifs devraient être disponibles au niveau des soins de santé primaires pour la prophylaxie des maladies couramment associées au VIH: l'isoniazide, efficace pour la prévention de la TB et le cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections bactériennes courantes.



Les agents de santé et les patients infectés par le VIH sont souvent exposés au risque de la TB dans les établissements de soins. Ces services ont donc la responsabilité de prendre les mesures qui diminueront le risque nosocomial. Ils doivent aussi protéger leur personnel d'une exposition accidentelle au VIH dans le cadre professionnel.

Les informations sur la surveillance des maladies transmissibles sont transmises du niveau des soins de santé primaires aux responsables des districts. Elles comprennent la notification des cas de TB et l'enregistrement des résultats des traitements. Actuellement, les systèmes de surveillance pour les autres maladies associées au VIH n'existent pas ou ne sont pas encore très développés à tous les niveaux des soins. La surveillance de la TB peut donc constituer le point de départ pour la mise en place de ces systèmes.

Lorsqu'il est efficace, le PNAT intègre le diagnostic et le traitement de la TB avec les services de santé généraux (voir à ce sujet le Chapitre 2). Le personnel travaillant au niveau des soins de santé primaire est alors bien placé pour diagnostiquer et traiter les problèmes courants liés au VIH pendant et après le traitement antituberculeux. Pour la continuité des soins des malades TB-VIH, il est important qu'une bonne communication s'instaure entre le personnel des services de santé généraux et celui des services spécialisés dans le VIH/SIDA.



La PCIME, stratégie mise au point par l'OMS, donne des lignes directrices pour prendre en charge l'enfant malade. Dans le cadre des soins ambulatoires, elle a pour objectif d'améliorer le diagnostic et le traitement des maladies de l'enfance. Dans le contexte du domicile, elle vise à promouvoir un comportement approprié: aller consulter au moment opportun, améliorer la nutrition et les soins préventifs et garantir que l'enfant reçoit bien les soins qui lui sont prescrits.

13.5.3 Soins de santé au niveau secondaire

Au niveau secondaire des soins, les mesures prises complètent celles qui s'appliquent au niveau primaire. En ce qui concerne le dépistage et le traitement des maladies couramment associées au VIH, elles doivent comprendre le diagnostic et le traitement des TB pulmonaires à frottis négatif et extrapulmonaires. Leur diagnostic requiert en général des examens qui ne sont possibles le plus souvent qu'au niveau secondaire, comme la radiologie ou l'analyse de biopsies.

Le personnel travaillant dans les centres de soins de santé primaires et les dispensaires peut prendre en charge de nombreux problèmes liés au



VIH. Mais parfois, les malades TB-VIH développent des troubles nécessitant des examens et des traitements dépassant les capacités de ces établissements. Il faut alors les adresser à l'hôpital de district, en consultation externe ou pour une hospitalisation. Après le traitement, le personnel de l'hôpital de district peut renvoyer le sujet au niveau des soins de santé primaire ou de la communauté. La communication favorise la continuité des soins.

La stratégie de la PCIME comporte des lignes directrices sur la prise en charge au niveau du district des enfants présentant des problèmes associés au VIH (voir à ce sujet la bibliographie).

13.5.4 Soins de santé au niveau tertiaire

A ce niveau, les mesures viennent compléter celles qui ont été prises au niveau secondaire avec le diagnostic et le traitement des complications des maladies couramment associées au VIH. On ne trouve souvent qu'au niveau tertiaire la prise en charge spécialisée des formes complexes de TB (par exemple tuberculose péritonéale ou péricardique).

Au niveau du district, le personnel se trouve parfois confronté à des problèmes difficiles de diagnostic et de traitement. Il pourra alors être utile d'adresser le patient à un hôpital de troisième recours. Il vaut mieux en général téléphoner avant de procéder au transfert pour s'assurer que le spécialiste pense lui aussi que cette décision sera probablement bénéfique pour le malade.



Le tableau suivant montre l'intégration des soins de la TB et du VIH/SIDA aux différents niveaux du système de santé. La possibilité des interventions dépend des revenus du pays en question.

| Niveau de soins | Revenus faibles | Revenus intermédiaires | Revenus élevés |
|------------------------|--|--|---|
| Domicile et communauté | Information et éducation Préservatifs Conseils sur l'allaitement Soins palliatifs Groupes de soutien | Comme en cas de revenus faibles plus a) soins en phase terminale avec des professionnels de santé b) laits maternisés pour la supplémentation nutritionnelle des nourrissons | Comme en cas de revenus intermédiaires plus a) soins en phase terminale de haute technologie b) traitement à domicile des maladies associées au VIH |



| | | | |
|--|--|--|--|
| Soins de santé primaires (centre de santé) | <p>CDV pour la prévention de la transmission du VIH</p> <p>Dépistage et traitement des courantes associées au VIH (par ex. la TB)</p> <p>Prévention de ces maladies</p> <p>Soulagement de la douleur</p> <p>Intensification du dépistage de la TB</p> <p>Surveillance épidémiologique (de la TB par ex.)</p> <p>Diminution des transmissions nosocomiales et protection du personnel soignant</p> | <p>Comme en cas de revenus faibles plus:</p> <p>a) antirétroviraux pour la prévention de la transmission maladies mère-enfant</p> <p>b) prévention des mycoses</p> | <p>Comme en cas de revenus intermédiaires plus suivi clinique et biologique de l'évolution du VIH</p> |
| Niveau secondaire (hôpital de district) | <p>Comme au niveau primaire plus</p> <p>a) sécurité transfusionnelle</p> <p>b) soins des patients en phase terminale</p> <p>c) accès possibles à la thérapie antirétrovirale</p> | <p>Comme en cas de revenus faibles plus surveillance épidémiologique des maladies moins fréquemment associées au VIH</p> | <p>Comme en cas de revenus intermédiaires plus</p> <p>a) diagnostic et traitement des maladies associées au VIH sans complications</p> <p>b) accès à la thérapie antirétrovirale</p> <p>c) prophylaxie post-exposition</p> |



13.6 LE SECTEUR PRIVÉ

On trouve dans le secteur privé des cabinets de médecine classique et des tradipraticiens. Beaucoup de malades choisissent de faire appel soit à l'une, soit à ces deux catégories de praticiens.

13.6.1 Médecins privés

L'idéal serait qu'il y ait une collaboration étroite entre les médecins privés et le PNAT, ce qui pourrait améliorer la prise en charge des cas de TB selon les directives du PNAT. Ces médecins sont au service de la communauté et, en suivant le PNAT, ils garantissent à leurs malades tuberculeux des soins de qualité. Ils peuvent notifier leurs patients au PNAT ainsi que les résultats de leur prise en charge. Ils n'ont pas l'obligation de confier entièrement leurs patients au PNAT s'ils ne le souhaitent pas. Certains malades TB-VIH préfèrent consulter les médecins privés pour des raisons de confidentialité. De nombreux patients donneront cependant la préférence au PNAT dans les pays où ce programme est de grande qualité. Un plus grand nombre de pays instaurent désormais des programmes de formation et d'accréditation des médecins privés pour les soins de la TB et du VIH/SIDA.

13.6.2 Tradipraticiens

La tuberculose est une maladie difficile pour les tradipraticiens. Nombre d'entre eux ne la comprennent pas, ne savent pas comment la guérir et ne disposent pas des médicaments appropriés. Il est néanmoins possible de collaborer avec eux: ils peuvent, par exemple, reconnaître les cas suspects et les adresser aux services de santé généraux. Les guérisseurs jouent souvent un rôle important de soutien aux PVS quand ils sont malades.

13.7 Recherche opérationnelle visant à intégrer davantage les soins et la prévention de la tuberculose et du VIH/SIDA

Les programmes de lutte contre la TB et le VIH doivent collaborer pour mettre en œuvre les interventions décrites dans le cadre plus haut (voir section 13.5). Il s'agit d'interventions contre le VIH intéressantes pour la lutte antituberculeuse et d'interventions sur la TB importantes pour les soins du VIH/SIDA. Ces deux types de programmes doivent rationaliser ces interventions dans le cadre de leurs activités de routine. Des travaux de recherche opérationnelle sont nécessaires pour améliorer la délivrance des soins et d'une prévention intégrée de ces deux maladies.

13.7.1 Promotion des services de conseil et de dépistage volontaire du VIH pour l'amélioration des soins de la tuberculose

13

La promotion du CDV du VIH présente plusieurs avantages (voir à ce sujet le Chapitre 6). L'un d'entre eux est l'amélioration de l'accès aux diverses actions de prévention et de soins du VIH, dont les interventions sur la TB. L'initiative ProTEST, coordonnée par l'OMS, fait partie des projets lancés en matière de recherche opérationnelle sur l'intégration des soins du VIH/SIDA et de la TB. Elle a pour but de promouvoir le dépistage volontaire du VIH en tant que moyen de parvenir à une action plus cohérente contre la TB dans les zones de forte prévalence du VIH. On retrouve dans le nom de "ProTEST" cette idée de promotion du dépistage volontaire en tant que moyen d'accès à la prévention et aux soins du VIH et de la TB. Cette initiative soutient des expériences dans les districts sur plusieurs sites. On y associe les efforts pour lutter contre le VIH et la TB afin de diminuer la charge cumulée de ces deux maladies. Ces expériences locales donneront des renseignements pour établir un modèle de délivrance intégrée des services de soins basé sur le district. La délivrance intégrée concerne tous les prestataires de services: gouvernement, ONG, communauté et secteur privé. Les résultats du terrain donneront des renseignements pour élaborer des directives afin d'étendre le modèle s'il s'avère efficace et abordable.



13.7.2 Approche pratique de la santé respiratoire

Il est indispensable de renforcer les services de santé généraux pour pouvoir garantir aux personnes infectées par le VIH l'accès aux soins des maladies couramment associées à ce virus. On trouve parmi celles-ci les maladies respiratoires qui représentent une large part de la charge de morbidité associée au VIH. Le recours à une approche syndromique pourrait améliorer les soins prodigués par les prestataires des services de santé généraux aux patients présentant des problèmes respiratoires courants. L'OMS contribue à promouvoir l'approche pratique de la santé respiratoire en mettant au point des lignes directrices et des algorithmes.



Gilks C, Floyd K, Haran D, Kemp J, Squire B, Wilkinson D. *Care and support for people with HIV/AIDS in resource-poor settings*. Londres, UK Department of International Development, 1998 (Health and Population Occasional Paper).

Godfrey-Faussett P, Maher D, Mukadi YD, Nunn P, Perriens J, Raviglione M. How human immunodeficiency virus voluntary testing can contribute to tuberculosis control [Comment le dépistage volontaire du VIH peut contribuer à la lutte antituberculeuse]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 80 (12): 939–945 (résumé en français).

Organisation mondiale de la Santé. *Provision of HIV/AIDS care in resource-constrained settings. Report of a meeting, Geneva, 21–23 September 1994*. Genève, 1995 (WHO/GPA/TCO/HCS/95.14).

Organisation mondiale de la Santé. *Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/HIV*. Genève, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.296).

Organisation mondiale de la Santé. *Improving child health. IMCI: the integrated approach*. Genève, 1997 (WHO/CHD/97.12 Rev.2) (www.who.int/child-adolescent-health).

Organisation mondiale de la Santé. *Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère. Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement*. Genève, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.1).

Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines for collaborative TB and HIV programme activities*. Genève, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.319; WHO/HIV/2003.01).

Organisation mondiale de la Santé. *Programme mondial de lutte contre le SIDA. Guide pour la prise en charge à domicile des malades du SIDA*. Genève, 1993 (WHO/GPA/IDS/HCS/93.2).

Organisation mondiale de la Santé. *Report of the First International Review Meeting Practical Approach to Lung health Strategy. Practical Approach to Lung Health, 4–6 September 2002, Rabat, Morocco*. Genève, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.324).

Organisation mondiale de la Santé. *Community contribution to TB care. Practice and Policy*. Genève, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.312).

