

# Terme de référence réseau des associations de lutte contre la tuberculose en Guinée

- Réseau d'organisation de la société civile de lutte contre la tuberculose
- organisme de coordination d'ONG qui regroupe celles-ci en coalition

**Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile**

## Table de matière

1.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	3
1.1	TB - Principaux faits .....	3
1.2	Poids de la tuberculose en Guinée .....	3
1.3	Populations affectées dans le contexte de la Tuberculose.....	4
1.4	Co-Infection VIH-Tuberculose .....	4
1.5	Tuberculose, genre et droits de l'Homme.....	4
1.6	Evolution de la stratégie de lutte contre la tuberculose dans le monde.....	7
1.7	Explication résultats insatisfaisant lutte contre la Tuberculose .....	7
1.8	Sustainable Development Goals (ODD) .....	8
1.9	SITT - Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose .....	8
1.10	RSC - Renforcement des systèmes communautaires et tuberculose .....	8
1.11	Stratégie « Mettre fin à la TB ».....	8
1.12	ENGAGE-TB .....	10
1.13	Activités communautaires de lutte contre la tuberculose .....	11
1.14	Programme nationale de Lutte contre la tuberculose (PNLAT) .....	12
1.15	Réseau des ONG/OSC TB Guinée - Collaboration avec le programme national de lutte contre la tuberculose .....	12
2.	OBJECTIFS.....	13
3.	RESULTATS ATTENDUS.....	13
4.	ATTRIBUTIONS ET RESPONSABILITES .....	14
5.	ORGANISATION .....	16
5.1	Processus mise en place d'un réseau de .....	16
	Règlement intérieur (code de conduite) .....	17
	Périodicité des Sessions.....	18
	Composition .....	18
6.	Annexe.....	19

6.1 Suite du texte principal.....	19
6.2 Standards – Indicateurs - RSC .....	34
7. Abréviations.....	40
8. Biographie.....	41
8.1 Ressources TB .....	41
8.2 Mettre fin à la tuberculose / ENGAGE-TB .....	41
8.3 Droit de l’homme - égalité genre .....	41
8.4 Co-Infection TB/VIH .....	42

## 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### 1.1 TB - Principaux faits

La tuberculose est l'une des 10 premières causes de mortalité dans le monde. En 2016, 10,4 millions de personnes ont contracté cette maladie et 1,7 million en sont mortes (dont 0,4 million ayant aussi le VIH). Plus de 95% des décès dus à la tuberculose surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Un million d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) ont développé la maladie et 250 000 (à l'exclusion des enfants ayant une tuberculose associée au VIH) en sont morts en 2016.

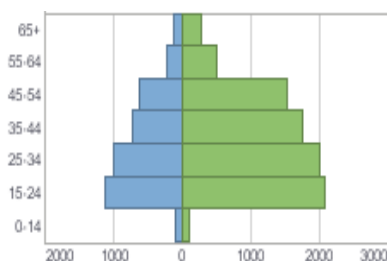
⇒ [Suite](#)

### 1.2 Poids de la tuberculose en Guinée

La tuberculose reste un problème majeur de santé publique en Guinée. L'incidence estimée est de 177 (niveau mondial 142) pour 100 000 et la prévalence est estimée à 253 pour 100 000 (soit une diminution de 57% depuis 1999 - World TB Report 2015).

- Le taux de mortalité par tuberculose estimé est de 29 pour 100 000, ce qui représente une diminution de 68% depuis 1990 (hors co-infection tuberculose / VIH).
- En Guinée au cours de l'année 2017, 13 973 cas de TB toutes formes confondues ont été notifiés dans le pays dont 7 735 nouveaux cas incidents et 360 rechutes confirmés bactériologiquement. Le nombre estimée de cas est de 177/ 100.000 (niveau mondial 142).
- Plus d'hommes que des femmes sont diagnostiqués et traités pour le TB (chiffres 2018 1 Sem ?).

#### 2015, Guinée selon l'âge et le sexe F / H (droite)



- Les taux d'incidence de la co-infection tuberculose / VIH sont élevés à 38/100 000 ;
- Cas TB associé au VIH : 2,332 (19%) dont 69% sous TARV ;
- En 2016 ?, 123 cas de MDR-TB ont été diagnostiqués, ce qui représente 33% du nombre estimé à détecter (370 attendus) ;
- Le taux de détection (notification) avec est insuffisant avec ? % ;
- Les résultats du traitement des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement pour la cohorte de 2016 montrent un taux de succès du traitement de 84% ;

Le « Plan Stratégique de lutte antituberculeuse en Guinée 2016-2020 » du PNLAT met l'emphase à améliorer le dépistage, le traitement et la prévention des cas en vue de réduire la prévalence et la mortalité globales.

### 1.3 Populations affectées dans le contexte de la Tuberculose

Les Principales Populations Affectées se définissent généralement comme celles «qui sont le plus souvent marginalisées et qui ont les plus grandes difficultés dans l'exercice de leurs droits à la santé».

- La population est confrontée à un risque élevé et à la lourde charge d'au moins une des trois maladies.
- L'accès des populations aux services concernés est nettement plus faible que pour le reste de la population, et de ce fait, des efforts dévoués et des investissements stratégiques sont nécessaires pour étendre la couverture, l'équité et l'accessibilité.
- La population est confrontée à de fréquentes violations de leurs droits humains, de fortes barrières liées à l'accès aux services et une possibilité limitée de faire recours en raison de la privation systématique de leurs droits, de leur marginalisation sociale et économique et de leur criminalisation.

Source : Note d'information du Fonds mondial sur le RSC (Février 2014)

⇒ **Groupes vulnérables**

**Détenus et consommateurs de drogues, Populations mobiles** (migrants, les réfugiés, les nomades et les personnes déplacées) et **Personnel sans mesures de protection** (industrie minière, les services de santé, les prisons ou les secteurs industriels) font face à un risque particulièrement élevé de contracter la tuberculose.

⇒ **Catégories de personnes avec risque élevé de contracter la TB**

### 1.4 Co-Infection VIH-Tuberculose

Les personnes vivant avec le VIH et les autres dont le système immunitaire est affaibli font face à un risque élevé de contracter la tuberculose.

Non seulement le VIH accroît le risque de tuberculose, mais la tuberculose également accroît la répllication du virus du VIH dans le corps, accélérant ainsi la progression de l'infection à VIH. À l'inverse, le traitement de la tuberculose ralentira la répllication du VIH.

Une personne vivant avec le VIH a environ 26 à 31 fois plus de risques de développer une tuberculose évolutive. La tuberculose est le premier facteur de mortalité chez personnes VIH-positives: en 2016, 40% des décès de séropositifs ont été dus à la tuberculose.

**Les trois I pour les personnes vivant avec le VIH** : 1. Dépistage intensifié de la tuberculose ; 2. Thérapie de prévention à l'Isoniazide et 3. Lutte contre l'Infection.

⇒ **Co-Infection Tuberculose/VIH**

**Co-infection Intégration communautaire**

⇒ **Proposition d'activités pour les OSC**

### 1.5 Tuberculose, genre et droits de l'Homme

La tuberculose et le VIH, de même que les défis en lien avec le genre et les droits de l'Homme dans la lutte contre ces maladies, sont étroitement liés. La tuberculose est une

maladie de la pauvreté et de l'inégalité. Un certain nombre de facteurs liés aux droits de l'Homme ou au genre peuvent entraver l'efficacité, l'accessibilité et la pérennité des programmes et des services de lutte contre la tuberculose.

### **Facteurs culturels, sociaux et économiques**

- En raison de plusieurs facteurs culturels, sociaux et économiques, les femmes ont souvent difficilement accès aux soins de santé. Il arrive donc qu'au moment où elles consultent, elles présentent une tuberculose et/ou une infection à VIH à un stade très avancé.
- La stigmatisation dont sont victimes les femmes VIH-positives ou tuberculeuses les dissuade de se faire soigner. Elles doivent surmonter plusieurs obstacles avant de pouvoir accéder aux services de santé.
- Souvent, elles ne peuvent quitter leur domicile ou leur travail, ou elles ont besoin de la permission de leur famille pour se rendre au dispensaire ou pour payer le traitement.

Source : pochette ONUSIDA - Info pack

- ⇒ [Pauvreté et inégalité économique sous-jacentes](#)
- ⇒ [Aperçu de questions liées aux droits de l'homme et à l'éthique dans les soins et la prévention de la tuberculose](#)
- ⇒ [Inégalités et normes en matière de genre](#)
- ⇒ [Les femmes et l'inégalité de genre](#)
- ⇒ [VBC - Violence Basée sur le Genre](#)
- ⇒ [Défis posés aux femmes et aux filles \(VIH\)](#)

Source : Note d'information technique - Tuberculose, genre et droits de l'Homme, FM, 4/2015  
[https://www.theglobalfund.org/media/6523/core\\_tbhumanrightsgenderequality\\_technicalbrief\\_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/6523/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_fr.pdf)

- ⇒ [Stigmatisation](#)
- ⇒ [Rejet social et discrimination](#)
- ⇒ [Paludisme et VIH interagissent - paludisme aggrave le VIH](#)

### **Nouvelle stratégie FM 2017/2022**

Le Fonds Mondial a formulé pour sa nouvelle stratégie 2017/2022 l'objectif stratégique n° 3, intitulée « Investir pour mettre fin aux épidémies », qui consiste à « promouvoir et protéger les droits de l'Homme et l'égalité des genres ».

Dans le cas de la tuberculose, il engage le Fonds mondial à :

- élargir les programmes en faveur des femmes et des filles, notamment les programmes visant à améliorer les droits et la santé des femmes en matière de sexualité et de procréation ;
- investir afin de réduire les inégalités sur le plan de la santé, notamment les inégalités liées au genre et à l'âge ;
- mettre en place puis élargir les programmes visant à éliminer les obstacles en lien avec les droits de l'Homme, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre la maladie ;
- intégrer les considérations relatives aux droits de l'Homme dans l'ensemble du cycle de subvention, ainsi que dans les politiques et leur processus d'élaboration ;

- soutenir la participation significative des populations-clés et vulnérables et de leurs réseaux dans les processus en rapport avec les subventions du Fonds mondial ;

**Cibles manquantes adolescentes, les jeunes femmes et les populations clés (populations vulnérables et mal desservie)**

La majorité des personnes affectés par la TB ne se font ni diagnostiquer, ni soigner du tout chaque année, et leur nombre n'évolue pas.

La tuberculose peut être efficacement traitée et guérie. Le développement de la maladie et les décès sont évitables si les malades sont efficacement détectés et traités (6 mois).

Parmi ces personnes atteintes de la tuberculose et « manquant à l'appel » se trouvent généralement les plus vulnérables et celles n'ayant pas un accès suffisant aux soins. Il s'agit entre autres de personnes qui vivent dans la pauvreté, dans des communautés isolées, de celles qui vivent avec le VIH, des mineurs et des communautés de migrants.

<https://www.theglobalfund.org/fr/blog/2017-06-02-tb-reach-and-the-global-fund-a-partnership-to-find-and-treat-the-missing-cases/>

- ⇒ **Programmes qui s'attaquent aux inégalités de genre et cherchent à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme dans la riposte à la tuberculose**

## 1.6 Evolution de la stratégie de lutte contre la tuberculose dans le monde

La stratégie **DOTS** de 1994 a établi les bases fondamentales de la lutte contre l'épidémie de tuberculose, donnant un nouveau souffle aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNLT) et aux entités analogues.

La stratégie **Halte à la tuberculose** de 2006 a élargi la portée de cette action en s'attaquant aux problèmes émergents de la co-infection VIH/tuberculose et de la tuberculose multirésistante. Cette nouvelle stratégie visait à améliorer l'accès aux soins antituberculeux de qualité en favorisant la participation de tous les prestataires de soins publics et privés, des organisations de la société civile et des communautés.

### **Stratégie DOTS (1994 – 2005)**

1. Engagement politique
2. Dépistage des cas par la microscopie de qualité assurée
3. Traitement court et soutien aux malades
4. Approvisionnement régulier en médicaments
5. Système de suivi et évaluation et mesure des effets

### **Stratégie Halte à la TB (2006 – 2015)**

1. Poursuivre la stratégie DOTS de qualité et son amélioration
2. Prendre en charge la TB, TB-MR et autres défis
3. Contribuer au renforcement du système de santé
4. Impliquer tous les soignants (PPM)
5. Donner aux malades et aux communautés les moyens d'agir
6. Favoriser et promouvoir la recherche

### **Stratégie « Mettre fin à la TB » / Approche Engage-TB (2016 – 2035)**

## 1.7 Explication résultats insatisfaisant lutte contre la Tuberculose

Contrairement au VIH la tuberculose est un domaine de la santé dans laquelle la participation de la société civile ne fait pas partie intégrante de la stratégie.

Lorsque le contrôle de la tuberculose a commencé, elle a porté sur un modèle très médical de contrôle des maladies infectieuses qui a été fondée dans les établissements de santé et géré par le personnel médical.

Aucun rôle spécifique n'a été envisagé pour la communauté. Il a continué ainsi pendant de nombreuses années, et encore aujourd'hui, avec le rôle de la communauté affirmé dans la Stratégie Halte à la tuberculose, les OSC ont souvent du mal à revendiquer leur place qui leur revient dans la prise de décision et d'action sur la tuberculose.

En même temps, les PNT restent pas sûr de la valeur ajoutée que les OSC peuvent fournir à leurs efforts. En tant que OSC, le travail est d'établir l'organisation comme un partenaire crédible des avantages évidents à offrir au programme dans votre pays.

## 1.8 Sustainable Development Goals (ODD)

Les Millennium Development Goals (MDG) ont été redéfinis dans « Sustainable Development Goals (ODD) et la difficulté d'assurer l'accent sur le VIH, la tuberculose et le paludisme reste un problème clé. L'égalité des genres et la réalisation des droits des femmes comme des droits humains sont fondamentaux dans l'atteinte du respect des droits humains, la paix, la sécurité, et le développement durable.

## 1.9 SITT - Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose

Il est fortement recommandé que les activités menés par toutes les parties prenantes soient alignées sur les normes internationales (standard de diagnostic et de traitement).

⇒ [Listing des standards](#)

## 1.10 RSC - Renforcement des systèmes communautaires et tuberculose

Le Renforcement des Systèmes Communautaires vise à renforcer **les systèmes en place**. Il s'agit d'investir dans les piliers du système (Suivi et Reddition de comptes, Plaidoyer, Mobilisation Sociale, Liens communautaires, Collaboration, Renforcement des capacités institutionnelles, Planification et Développement du Leadership) qui permettent aux organisations communautaires d'optimiser leur contribution à tous les aspects de la programmation pour la lutte contre la Tuberculose.

Le Renforcement des systèmes communautaires, consiste à investir dans un environnement favorable aux communautés et aux organisations communautaires.

Le Renforcement des Systèmes Communautaires (RSC) optimise les rôles des principales populations affectées et des communautés, des organisations communautaires, des réseaux, et des acteurs du secteur public - privé qui travaillent en partenariat avec la Société Civile au niveau de la communauté dans la conception, la prestation, le suivi et l'évaluation des services et des activités en vue d'améliorer la santé.

⇒ [Suite](#)

## 1.11 Stratégie « Mettre fin à la TB »

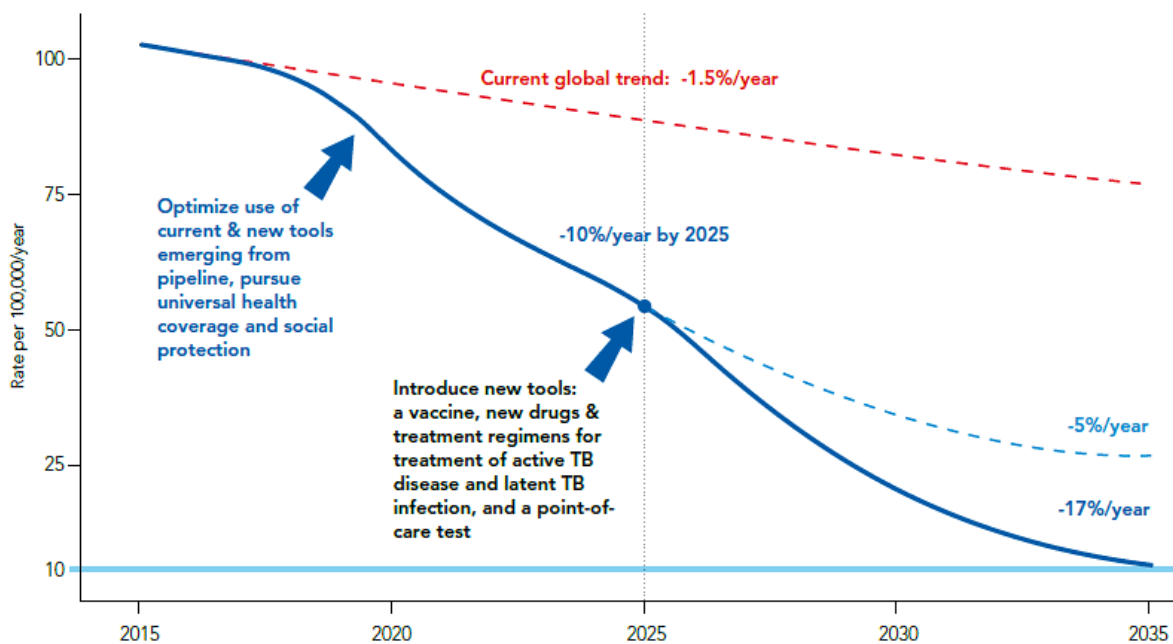
### Stratégie Mettre fin à la TB (2016 – 2035)

1. Tutelles des pouvoirs publics, obligation redditionnelle, suivi et évaluation
2. **Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés**
3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité
4. Adaptation de la stratégie et des cibles dans le pays, avec une collaboration mondiale

La fin de l'épidémie de tuberculose est une cible des ODD qui ne pourra être atteinte qu'au moyen d'une approche mixte, combinant des interventions biomédicales, des actions de santé publique, des mesures socioéconomiques et des travaux de recherche et d'innovation. Pour progresser sur cette voie, il faudra :



- optimiser les stratégies et interventions actuelles en matière de soins et de prévention de la tuberculose ;
- parvenir à un accès universel aux soins antituberculeux et aux services de soutien au titre d'une politique de couverture sanitaire universelle et de protection sociale, et agir sur les déterminants sociaux de la tuberculose – le tout dans le contexte du cadre mondial de développement pour l'élimination de la pauvreté et la lutte contre les inégalités ;
- investir dans la recherche pour mettre au point des stratégies et des outils nouveaux, plus efficaces et fondés sur les droits de l'homme pour diagnostiquer, traiter et prévenir la tuberculose.



Source : <http://www.who.int/tb/strategy/end-tb/fr/>

### Indicateurs

- Réduire de 95% d'ici à 2035 le nombre de **décès par** par rapport à 2015.
- Réduire de 90% d'ici à 2035 le **taux d'incidence de la tuberculose** par rapport à 2015.
- D'ici à 2035, plus aucune famille ne supporte de **coûts catastrophiques** liés à la tuberculose.

### Principes

- Tutelle des pouvoirs publics et justification de l'action menée, suivi et évaluation.
- Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés.
- Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité.
- Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale.

### Piliers et composants

**Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient.**

- Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de pharmacosensibilité) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque.
- Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients.
- Activités de collaboration VIH/tuberculose et prise en charge des comorbidités.
- Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose.

#### **Politiques audacieuses et systèmes de soutien.**

- Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention.
- Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés.
- Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti-infectieuse.
- Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose.

#### **Intensification de la recherche et de l'innovation.**

- Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies.
- Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation.

⇒ [Indicateurs](#)

### **1.12 ENGAGE-TB**

ENGAGE-TB est une approche recommandée par l'OMS pour intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile.

La tuberculose est un problème communautaire. Elle est diagnostiquée dans les dispensaires et les hôpitaux mais elle vit dans la communauté. Il est par conséquent indispensable d'agir au niveau de la communauté pour lutter contre cette maladie au niveau national. Il importe également de relier l'action communautaire antituberculeuse aux travaux entrepris par le PNL/T afin que les efforts du système de santé soient élargis au plus grand nombre de personnes possible.

#### ***Leçons apprises du passé***

La mise en œuvre et l'élargissement des activités communautaires de lutte contre la tuberculose restent insuffisants malgré le besoin manifeste, le rapport coût/efficacité avéré de ces activités et les efforts considérables déployés ces dernières années.

Le manque de collaboration efficace entre les programmes nationaux de lutte antituberculeuse, les ONG et les autres organisations de la société civile, ainsi que l'absence de planification stratégique commune, de suivi et d'évaluation constituent davantage la règle que l'exception.

On a également noté les difficultés à mesurer l'impact des activités communautaires de lutte contre la tuberculose et le manque d'indicateurs normalisés.

Par ailleurs, l'absence d'orientations opérationnelles sur la participation des ONG et des autres organisations de la société civile à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la tuberculose, y compris les activités communautaires de lutte contre la tuberculose, a également été signalée comme étant un obstacle.

⇒ [Suite](#)

### 1.13 Activités communautaires de lutte contre la tuberculose

Un large spectre (éventail) d'activités contribuent à la prévention, au diagnostic, à une meilleure observance du traitement et à de meilleurs soins ayant un effet positif sur les résultats du traitement de la tuberculose pharmacosensible, pharmacorésistante et associée au VIH, ainsi que la mobilisation communautaire visant à promouvoir la communication et la participation efficaces entre les membres de la communauté afin de susciter une demande de services de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge de la tuberculose.

Bien que les tests de diagnostic de la tuberculose continuent d'être effectués en milieu médical, faute de méthodes de diagnostic plus simples, les activités communautaires de lutte contre la tuberculose sont menées à l'extérieur des établissements de santé proprement dits (par exemple dans les hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires), dans les structures communautaires (par exemple les écoles, les lieux de culte, les lieux de rassemblement) et les propriétés agricoles.

De telles activités pourraient et devraient être intégrées aux autres activités communautaires en appui aux services de soins de santé primaires, notamment celles consacrées à l'infection à VIH, à la santé de la mère et de l'enfant et aux maladies non transmissibles dans le but de renforcer les synergies et d'améliorer l'impact.

Ces activités utilisent des structures et des mécanismes communautaires par lesquels les membres de la communauté, les organisations communautaires et les groupes interagissent, coordonnent leurs activités et apportent une réponse aux difficultés et aux besoins de leurs communautés.

Les ONG et les autres organisations de la société civile pourraient intégrer la tuberculose dans leur travail communautaire de plusieurs façons, sans pour autant disposer de personnel médical qualifié. Cela est particulièrement important pour ces organisations lorsqu'elles travaillent auprès de populations à haut risque (comme les personnes vivant avec le VIH et les personnes très pauvres), de personnes vivant dans des conditions de surpeuplement (les bidonvilles et les prisons), de consommateurs de drogue, de prostitué(e)s et de travailleurs migrants.

Pratiquement tout programme lié à la santé ou au développement pourrait intégrer une ou plusieurs activités énumérées ci-après dans ses activités communautaires courantes. Les ONG/OSC peuvent avoir recours à l'approche ENGAGE-TB pour soutenir leur travail auprès des communautés.

⇒ [Exemples d'activités de lutte contre la tuberculose pouvant être intégrées](#)

## 1.14 Programme nationale de Lutte contre la tuberculose (PNLAT)

Les programmes nationaux fonctionnent aux niveaux des établissements de santé, du district, de la région/province et de la nation. Au niveau national, le PNLAT est chargé de la stratégie et de la politique de lutte ainsi que de sa propre gestion générale. En fonction du pays, la prestation de services antituberculeux est gérée par le MCM (Médecins Chargée des Maladies) au niveau régionale et préfectorale.

L'unité de prise en charge de base du PNLAT se trouve au niveau du district ou à un niveau équivalent. Elle est responsable de tous les programmes de santé publique relatif à la tuberculose dans sa région, notamment pour la formation, la supervision, l'approvisionnement en médicaments et l'encadrement.

Ces services sont en général fournis par les hôpitaux et les cliniques. Au niveau local, les services antituberculeux sont offerts par les CDT/LTO qui font partie du système de santé publique.

Ils peuvent également être fournis par des ONG à but non lucratif (...) ou des organisations confessionnelles et par des médecins privés.

Les ONG/OSC peuvent se joindre au programme national à tous les niveaux. Cependant, ces organisations varient beaucoup en taille, en ressources et en type d'activités. Parfois, elles sont reliées à d'autres organisations et/ou à d'autres systèmes publics ; parfois elles n'ont aucun lien et constituent des groupes locaux purement indépendants.

Par conséquent, le PNLAT et les ONG/OSC ont besoin d'un mécanisme qui les aidera à prendre contact entre eux et à inciter d'autres organisations et groupes qui ne sont pas déjà engagés à les rejoindre.

En Guinée le PNLAT est appuyé par le PR (principal recipient) qui met en œuvre les activités de la subvention Tuberculose.

### [Listing des activités FM](#)

## 1.15 Réseau des ONG/OSC TB Guinée - Collaboration avec le programme national de lutte contre la tuberculose

L'un des meilleurs moyens que les programmes gouvernementaux ont à leur disposition pour se joindre à des ONG/ OSC concernant certaines approches sanitaires est de passer par un organisme de coordination d'ONG qui regroupe celles-ci en coalition ou réseau.

Celui-ci devrait être mis en place et géré en toute indépendance par les ONG/OSC car cela leur permet de s'engager plus systématiquement dans un partenariat avec les gouvernements et également favorise leur action de sensibilisation.

*Source : ENGAGE-TB : Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile - Manuel de mise en œuvre*

<http://www.who.int/tb/publications/engage-tb-implementation-manual/fr/>

### **CONCEPTS CLES**

- Intégration de la tuberculose dans les programmes de santé communautaire et divers programmes de développement
- Renforcement des systèmes communautaires et tuberculose
- Co-infection tuberculose/VIH - Intégration communautaire
- Tuberculose, genre et droits de l'Homme
- Stratégie pour mettre fin à la tuberculose aux niveaux mondial et national - Indicateurs
- Activités soient alignées sur les normes internationales (standard de diagnostic et de traitement)

## 2. OBJECTIFS

### Réseau TB Guinéenne

- mutualiser et partager les compétences : exploiter les expertises, expériences, connaissances et compétences collective des divers contextes ;
- favoriser les échanges et le partage des connaissances pour contribuer à la diffusion et au développement des savoirs et des projets innovants ;
- faciliter l'accès à la documentation pertinente et actuel ;
- Connaitre la recherche novatrice, les meilleures pratiques et les avancées sur le TB ;
- suivre de près la réflexion actuelle sur le TB afin de diffuser des informations relatives au TB ;
- surveiller la prestation des services correspondants ;
- exprimer les avis de la communauté ;
- promouvoir des politiques de lutte contre le VIH ;
- servir de cadre de concertation entre les OSC et le PNLAT ;
- faciliter la mobilisation des ressources ;
- renforcer les capacités de plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose ;

## 3. RESULTATS ATTENDUS

- Le réseau relie les ONG/OSC au programme national en vue de favoriser la coordination, la collaboration et le soutien réciproque ;
- Le programme national a un point de contact clair des ONG/OSC organisé en réseau clair en vue d'une collaboration active et systématique pour écouter les besoins, contraintes et enseignements tirés concernant la planification, l'offre de ressources et la mise en place d'activités communautaires de lutte antituberculeuse ;
- Le réseau attire davantage d'ONG et d'OSC qui ne sont pas au courant des activités antituberculeuses ou n'y participent pas de façon continue ;
- Les activités de lutte contre la tuberculose exécutés par les ONG/OSC sont étendu davantage à des communautés ainsi qu'à des parties négligées de la population ;

## 4. ATTRIBUTIONS ET RESPONSABILITES

### Principes de la mise en réseau des ONG/OSC

- **Faire faire**
- Ne pas être trop ambitieux au début – progresser graduellement ;
- Commencer avec un noyau d'associations avec une expérience et portefeuille confirmé ;
- Le principe est que les OSC voient l'avantage du réseau pour leurs activités
- Au début c'est le volontariat pour ceux qui s'engagent pour le réseau, seulement avec le temps il est possible de s'attendre des appuis ;

### Attributions du réseau

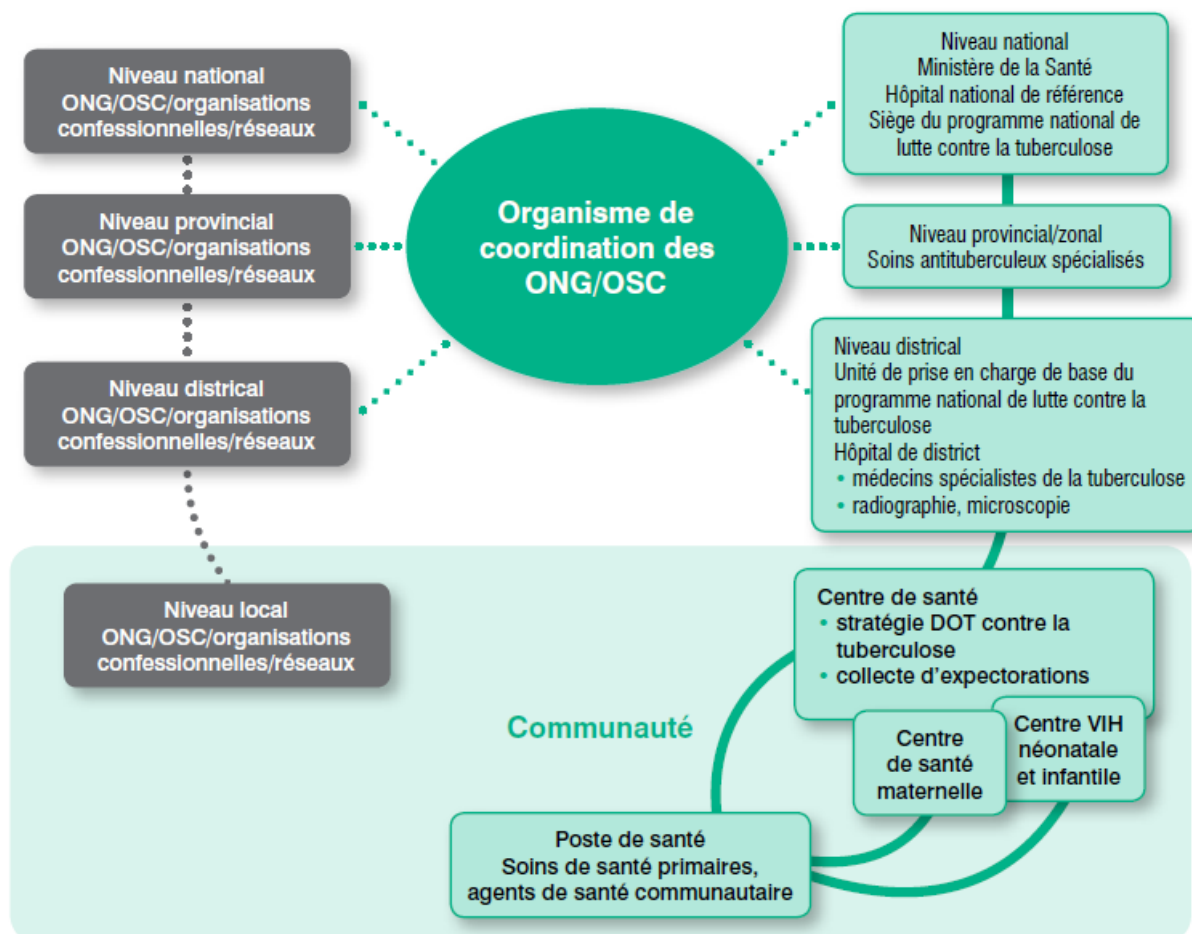
Ce réseau peut « chapeauter » les ONG/OSC afin qu'elles puissent développer une relation de travail et s'engager auprès du PNLIT, des professionnels de la santé et d'autres ONG/OSC.

Il offre au programme national un point de contact clair en vue d'une collaboration active et systématique, une écoute des besoins, contraintes et enseignements tirés par les ONG/OSC concernant la planification, l'offre de ressources et la mise en place d'activités communautaires de lutte antituberculeuse.

Le réseau constitue une structure pouvant servir à attirer davantage d'ONG et d'OSC qui ne sont pas au courant des activités antituberculeuses ou n'y participent pas de façon continue. Cette structure permet d'étendre ce type d'activités à davantage de communautés ainsi qu'à des parties négligées de la population.

*Source : ENGAGE-TB : Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile - Manuel de mise en œuvre*  
<http://www.who.int/tb/publications/engage-tb-implementation-manual/fr/>

## Liens entre les activités communautaires antituberculeuses, la société civile, l'organisme de coordination des ONG et les systèmes de santé



— Liens entre les systèmes de santé

... Liens entre ONG/OSC, organisations confessionnelles, réseaux et organisations communautaires

... Liens entre organisme de coordination, programme national de lutte contre la tuberculose et ONG/OSC/organisations confessionnelles/réseaux

*Les lignes en pointillé indiquent des liens qui existent ou non et peuvent varier en termes de force, de qualité et de capacité à soutenir la coordination et/ou la collaboration. Il faudra absolument s'efforcer de mettre en place ces liens et de les maintenir actifs.*

### Appui programme national de lutte a démarrage du réseau

Le programme national de lutte joue un rôle essentiel en ce qui concerne le démarrage et le développement de l'organisme de coordination. Grâce à ce soutien et à l'encouragement dispensé à l'organisme de coordination, les ONG/OSC peuvent ensemble suivre les progrès réalisés, remédier aux goulets d'étranglement et faire ressortir de nouvelles idées et approches.

Leur partenariat peut également servir à mettre en place les composantes élémentaires de l'approche ENGAGE-TB de manière à soutenir leurs activités.

### Rôle du PNLAT

- Le programme national de lutte joue un rôle essentiel en ce qui concerne le démarrage et le développement de l'organisme de coordination ;
- Grâce à ce soutien et à l'encouragement dispensé à l'organisme de coordination, les ONG/OSC peuvent ensemble suivre les progrès réalisés, remédier aux goulets d'étranglement et faire ressortir de nouvelles idées et approches ;
- Le PNLAT est responsable de l'ensemble du programme, y compris au niveau communautaire ;
- Il doit former des partenariats avec les ONG et les OSC et les aider à exécuter des activités communautaires antituberculeuses de façon à contribuer aux efforts déployés au niveau national
  - Cela permet d'améliorer les résultats nationaux en ce qui concerne la détection des cas, la notification et la réussite du traitement ;
- Le programme national a un rôle essentiel à jouer pour encourager les ONG/OSC qui ne travaillent pas sur la tuberculose à intégrer cette maladie dans leurs activités, en fournissant des ressources, en facilitant le soutien et en répondant aux besoins qu'elles expriment ;

### **Le soutien du programme national et la mise en place de l'organisme de coordination seront utiles pour les raisons suivantes - ils permettront :**

- de s'assurer que l'organisme de coordination peut fonctionner au niveau local, infranational et national en vue de soutenir l'engagement des ONG/OSC dans des activités de lutte contre la tuberculose ;
- de garantir le tissage de liens avec les professionnels de soins antituberculeux et leur acceptation en tant que partenaires ;
- de veiller à ce que les ONG/OSC ont accès aux systèmes, ressources et appuis dont ils ont besoin, notamment grâce à leurs propres partenariats et à des sources gouvernementales ;
- de s'assurer que les activités communautaires antituberculeuses sont enregistrées, suivies et évaluées dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose.

## 5. ORGANISATION

### 5.1 Processus mise en place d réseau de

Mettre en place l'organisme de coordination en coopération avec le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLAT)

#### **Les ONG/OSC doivent :**

- Organiser une réunion de lancement, qui regroupera quelques ONG afin de constituer un noyau autour duquel pourra se constituer la coalition ;
- Établir une structure pour cet organisme, par exemple avec quelle régularité il se réunira, comment il sera organisé et géré, quels seront les systèmes de suivi et d'établissement de rapports, et le code de conduite ;
- Se mettre d'accord sur l'entité qui hébergera le secrétariat et pendant combien de temps ;



- Rencontrer le PNL/T pour étudier la collaboration et dresser un calendrier des réunions (des réunions trimestrielles sont recommandées, même si des réunions mensuelles peuvent s'avérer utiles au départ) ;
- Indiquer les liens et la coopération qui sont nécessaires avec le gouvernement, comme les points de contact au niveau de la nation et du district dans le programme national, les responsables des établissements de santé spécialisés dans la tuberculose, les employeurs et les représentants des employés ;
- **Préparer un plan de travail visant à assurer :**
  - des réunions régulières trimestrielles de coordination entre l'organisme de coordination et le PNL/T au niveau de la nation et du district ;
  - de la rédaction de rapports réguliers aux membres de l'organisme de coordination et au PNL/T concernant les indicateurs clés ainsi que les nouvelles réussites et difficultés ainsi que l'utilisation des données pour prendre des mesures face à ces difficultés ;
  - le renforcement des capacités des membres de l'organisme de coordination au niveau d'activités collectives, du plaidoyer, du suivi, de l'évaluation et de la responsabilité ;
  - le soutien à la création de capacités, le développement et l'encadrement des ONG/OSC et des organisations communautaires plus petites participant à la prévention, aux soins et au soutien en matière de tuberculose ;
  - la collaboration en vue de garantir le financement de l'intégration de la tuberculose de la part de donateurs tels que le Fonds mondial ;

## Règlement intérieur (code de conduite)

En collaboration avec le PNL/T, les ONG/OSC soutiennent la mise au point d'un code de conduite. Ce code fournit des conseils clairs sur les principes et normes élémentaires de comportement concernant les membres de l'organisme de coordination. Il définit les rôles et responsabilités de chacun de ses membres et également du programme national. Le code de conduite montre à tout un chacun que l'organisme de coordination fixe des normes de comportement élevées et attend de ses membres qu'ils soient responsables de leurs actes.

### Ce code explique :

- les processus de prise de décision de l'organisme de coordination ;
  - ce qu'il faut faire si les membres se comportent de manière inacceptable ;
  - ce que les normes (critères) sont en ce qui concerne le signalement et l'évaluation de données par les membres ;
  - les obligations du PNL/T pour aider les ONG/OSC à entreprendre des activités communautaires antituberculeuses, par exemple en ce qui concerne les fournitures, les services, l'encadrement et la création de liens pour les sources de soutien technique et financier ;
- ⇒ Voir document « Developing a code of conduct for NGOs (mise au point d'un code de conduite pour les ONG) »

Lorsque le code sera accepté, les membres de l'organisme de coordination doivent se mettre ensemble pour préparer des versions simplifiées dans les langues locales le cas échéant.

Celles-ci permettront aux organisations communautaires et à d'autres petites organisations de comprendre comment elles s'insèrent dans l'organisme de coordination ainsi que leurs droits et leurs responsabilités lorsqu'elles participent aux activités communautaires contre la tuberculose.

**Le code de conduite peut être présenté dans les sections suivantes :**

- une section décrivant les principes et idéaux élémentaires que les ONG/OSC adhérentes doivent accepter d'appliquer ;
- une section instituant les normes et règles de conduite ou de comportement auxquelles chaque ONG/OSC devra adhérer ;
- une section décrivant les responsabilités du PNLT, des ONG/OSC, des organisations communautaires plus petites et divers groupes et organisations communautaires ;
- une section décrivant comment le code sera appliqué, afin de garantir le respect de ses dispositions
- une section indiquant comment et quand ce code sera révisé pour qu'il soit tenu à jour.

*Source : ENGAGE-TB : Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile - Manuel de mise en œuvre*

**Principes en matière de bonne gouvernance**

- partager des rôles et responsabilités et la mise en place des procédures ;
- définir les outils de planification et de suivi, de contrôle et d'évaluation des activités ;
- mettre en place une communication transparente qui favorise le partage et la diffusion de l'information et des valeurs organisationnelles ;

**Les procédures de gestion des ressources du Réseau TB**

- La gestion des ressources humaines en particulier la gestion des compétences et l'organisation des activités de formation du personnel dans les efforts de lutte contre la tuberculose ;
- La gestion des ressources matérielles
- La gestion des ressources financières allouées et la mobilisation de fonds supplémentaires,

**Développement des compétences**

- mécanismes d'assurance qualité et de sécurité des soins,
- Approches de lutte antituberculeuse adaptées à des environnements particuliers, comme les quartiers urbains défavorisés,
- Plaidoyer en faveur de la lutte contre la tuberculose
- Mécanismes de coordination avec les partenaires

## Périodicité des Sessions

## Composition

## 6. Annexe

### 6.1 Suite du texte principal

#### TB - Principaux faits - Suite

La tuberculose multirésistante demeure une crise de santé publique et une menace pour la sécurité sanitaire. L'OMS estime à 600 000 le nombre de nouveaux cas présentant une résistance à la rifampicine – le médicament de première intention le plus efficace – dont 490 000 sont des cas de tuberculose multirésistante.

La tuberculose touche surtout les adultes pendant les années où ils sont le plus productifs, mais le risque existe pour toutes les tranches d'âges. On recense plus de 95% des cas et des décès dans les pays en développement.

Le tabagisme augmente beaucoup le risque de tuberculose évolutive et de décès. Il intervient dans 8% des cas de tuberculose dans le monde.

Environ un quart de la population mondiale est porteuse d'une tuberculose latente, ce qui signifie que ces personnes ont été infectées par le bacille tuberculeux mais ne sont pas (encore) malades et ne peuvent pas transmettre la maladie.

Sur toute la durée de leur vie, les sujets infectés par le bacille tuberculeux ont 5% de risque de développer la maladie. En revanche, le risque est beaucoup plus élevé pour ceux qui ont un système immunitaire déficient, comme les personnes vivant avec le VIH, en état de malnutrition etc.

*La tuberculose est due à une bactérie (*Mycobacterium tuberculosis*) touchant le plus souvent les poumons. C'est une maladie que l'on peut éviter et soigner.*

*La tuberculose se transmet d'une personne à l'autre par voie aérienne. Quand une personne ayant une tuberculose pulmonaire tousse, éternue ou crache, elle projette des bacilles tuberculeux dans l'air. Il suffit d'en inhaler seulement quelques-uns pour s'infecter.*

<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

<http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/fr/>

#### Groupes vulnérables

Cependant, dans le contexte de la Tuberculose, il est utile d'avoir une compréhension plus nuancée et de considérer les principales populations affectées comme appartenant à trois groupes distincts:

##### **1. Personnes à risque accru de Tuberculose, en raison de facteurs biologiques et comportementaux qui compromettent la fonction immunitaire.**

Les personnes vivant avec le VIH / SIDA et ceux qui ont d'autres problèmes de santé qui affaiblissent l'immunité tels que les personnes sous stéroïdes thérapeutiques à long terme, les patients sous traitement immunosuppresseur, de même que les personnes qui souffrent de malnutrition, sont vulnérables à la tuberculose, car leurs systèmes immunitaires sont affaiblis et sont moins en mesure de combattre les infections.

Les personnes atteintes de problèmes de santé préexistants, tels que le Diabète, la Silicose et d'autres maladies pulmonaires liées à l'absorption de la poussière sont également particulièrement à risque et moins aptes à combattre l'exposition à la Tuberculose.

Parmi les modes de vie qui compromettent l'immunité, on note ceux qui fument, les personnes qui consomment de grandes quantités d'alcool (plus de 40 mg ou 50 ml par jour), et les personnes qui consomment des drogues, s'exposant ainsi à un plus grand risque d'infection à la tuberculose.

## **2. Les personnes qui sont largement exposées aux bacilles de la Tuberculose (en raison de l'endroit où ils vivent ou travaillent - le surpeuplement, la mauvaise ventilation)**

Voici quelques exemples:

Le personnel de santé qui peut être exposé aux bacilles de la tuberculose à cause de leur travail de tous les jours et de leurs soutiens aux patients infectés par la tuberculose.

Les contacts de patients atteints de Tuberculose (dans les ménages) sont à risque accru d'exposition, car ils pourraient être le soignant primaire ou un membre de la famille vivant avec le patient avant qu'il ne soit diagnostiqué. Les contacts dans les lieux de travail ou les infrastructures scolaires sont vulnérables à la fois avant que le patient ne soit diagnostiqué de Tuberculose et pendant les premières étapes du traitement des patients atteints de Tuberculose dans leur environnement.

Les personnes incarcérées (les détenus) et le personnel travaillant dans les établissements correctionnels sont particulièrement vulnérables à la Tuberculose en raison de la nature des établissements pénitentiaires surpeuplés avec très souvent, des conditions de vie très précaires.

Les mineurs, les populations péri-minières ou minières affectées, les habitants des bidonvilles en milieu urbain et les personnes vivant dans les auberges sont à risque d'exposition accrue aux bacilles de la Tuberculose pour nombre de raisons, y compris de mauvaises conditions de vie et d'hygiène, une mauvaise ventilation, le surpeuplement, la malnutrition, etc.

## **3. Les personnes ayant un accès limité aux services de santé (en raison de leur sexe, de leur situation géographique, d'une mobilité limitée, du statut juridique, et de la stigmatisation)**

Les femmes et les enfants dans les milieux défavorisés: Les femmes souffrent de manière disproportionnée des conséquences de la Tuberculose, et les enfants, en particulier les jeunes enfants, peuvent souffrir de variétés graves et mortelles de Tuberculose.

Les populations éloignées, les pêcheurs de haute mer, car la géographie et la vie professionnelle limitent leur accès aux services de santé, tandis que les personnes ayant une mobilité réduite, les personnes âgées et vivant avec un handicap physique ou mental peuvent ne pas avoir quelqu'un pour les soutenir et les superviser lors de leurs visites aux services de santé.

Les sans-abri, les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leurs pays, les peuples autochtones et les minorités ethniques souffrent souvent de stigmatisation accrue et d'un statut juridique à problèmes qui rend difficile leur accès aux services de santé.

Les travailleuses du sexe et les victimes de Trafic sexuel, les drogués et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont souvent des hors la loi, ce qui peut être un obstacle majeur à l'accès aux services de santé.

Beaucoup de ces groupes vulnérables bénéficient d'un soutien de la communauté et par conséquent, il est important de comprendre ce que les communautés font dans le cadre de la réponse à la Tuberculose.

### Catégories de personnes avec risque élevé de contracter la TB

**Détenus et consommateurs de drogues :** Les détenus et les personnes en détention provisoire font face à un risque élevé de contracter la tuberculose du fait des conditions de vie qui prévalent en milieu fermé, qui sont bien souvent surpeuplés, mal ventilés et où l'assainissement est mauvais. Cependant, les prisonniers sont, dans bien des cas, systématiquement exclus des services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose, soit parce que l'accès leur est refusé, soit parce qu'ils ne savent ni comment ni où bénéficier de ces services.

Les consommateurs de drogues sont confrontés à un risque élevé de contracter la tuberculose dans de nombreux environnements, non seulement à cause du matériel utilisé pour la consommation de drogues qui est partagé, mais aussi parce qu'ils sont susceptibles de vivre dans la pauvreté et risquent d'être incarcérés au cours de leur vie.

**Populations mobiles :** Dans de nombreuses circonstances, les migrants, les réfugiés, les nomades et les personnes déplacées font face à un risque particulièrement élevé de contracter la tuberculose, mais peuvent cependant être privés des services et des renseignements s'y rapportant du fait d'obstacles discriminatoires d'ordre ethnique, culturel, linguistiques ou autre, du rejet social, de l'illégalité de leur situation, de la peur d'être expulsés ou encore parce qu'ils n'ont pas les papiers voulus.

**Risques professionnels sans mesures de protection :** Dans certains secteurs comme l'industrie minière, les services de santé, les prisons ou les secteurs industriels, les individus peuvent être particulièrement confrontés à des risques d'exposition à la tuberculose, ou à des facteurs de risques en lien avec la maladie, sans pour autant bénéficier d'une protection adaptée au lieu de travail.

Dans de nombreux pays, les exploitations minières comptent sur des travailleurs mal rémunérés dans des endroits reculés, où les mécanismes de réglementation du pays ne font pas porter aux sociétés minières la responsabilité d'une sécurité au travail insuffisante.

**Isolement sous la contrainte :** Dans un certain nombre de pays, les lois ou les réglementations en matière de santé publique prévoient la détention obligatoire, l'isolement ou toute autre peine pour les personnes qui refusent ou abandonnent un traitement antituberculeux. De telles politiques ou pratiques dressent des barrières et empêchent les individus de rechercher des services de santé ou d'en bénéficier, et cela peut constituer une atteinte aux droits de l'Homme.

L'OMS laisse entendre que, lorsque l'on s'adresse aux patients avec respect et que l'on obtient leur consentement en connaissance de cause, il est rare qu'ils soient réticents à suivre le traitement. Dans tous les cas, comme précisé dans les *Orientations sur l'éthique en matière de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose* de l'OMS, la détention « ne devrait jamais faire partie des mesures habituelles » dans les programmes de lutte contre la tuberculose.

Source :

### **Pauvreté et inégalité économique sous-jacentes**

L'application des droits de l'Homme est menacée dans la vie de nombreuses personnes vivant avec la tuberculose ou exposées au risque de la maladie.

Les personnes qui font face à la surpopulation, à des environnements mal ventilés et à des carences nutritionnelles sont vulnérables à la maladie, et il est probable qu'elles soient désavantagées et ne reçoivent pas d'informations fiables sur la tuberculose, ou n'aient pas accès à des services de lutte contre la tuberculose de bonne qualité.

Même s'il est possible que ces derniers soient gratuits, la pauvreté peut avoir une incidence sur certains facteurs tels que le transport pour y accéder ou une bonne alimentation propice à la réussite du traitement.

L'incidence et la prévalence de la tuberculose reflètent la pauvreté et les inégalités présentes à l'échelle communautaire, mais aussi mondiale.

Alors que de manière générale, le nombre de décès causés par la tuberculose a baissé de 40 pour cent de 1990 à 2005, ils se concentrent à plus de 95 pour cent dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire<sup>6</sup>, avec 86 pour cent des décès en Afrique et en Asie du Sud et du Sud-Est. En Afrique subsaharienne, qui ne représente que 11 pour cent de la population mondiale, on compte environ 26 pour cent de nouveaux cas de tuberculose et environ les trois quarts de nouveaux cas de co-infection VIH/tuberculose.

### **Aperçu de questions liées aux droits de l'homme et à l'éthique dans les soins et la prévention de la tuberculose**

- Les conditions de vie et de travail susceptibles d'accroître le risque d'exposition, d'infection et de maladie peuvent constituer une violation des droits de l'homme (notamment pour les habitants des bidonvilles, les personnes vivant dans des zones de grande insécurité alimentaire, les mineurs, les ouvriers du secteur informel, les chauffeurs routiers, les migrants, les réfugiés, les agents de santé, etc.) ;
- Les difficultés d'accès aux soins de qualité centrés sur le patient peuvent être imputables aux coûts financiers impliqués, à la disponibilité limitée des services de santé, aux restrictions relatives aux horaires de travail ou au non-respect des normes internationales en matière de soins antituberculeux et de la charte des patients pour la prise en charge de la tuberculose. Elles peuvent aussi résulter d'un accès inexistant ou inéquitable aux nouveaux outils, d'une prise en charge inadéquate des comorbidités et de l'insuffisance des services de soutien social, y compris de la protection sociale ;
- Certains groupes exposés à un risque élevé de tuberculose ou souffrant déjà de la maladie sont sujets à des actes de stigmatisation et de discrimination et peuvent éviter de se faire soigner par crainte des répercussions sociales ou juridiques (notamment les migrants, les consommateurs de drogues illicites, les femmes dans certains contextes culturels) ;

- Certains groupes ne disposent pas d'un accès suffisant à l'information (par exemple les enfants et les personnes qui ont en ont la charge, les migrants, les détenus) ;
- Certaines personnes atteintes de tuberculose risquent d'être involontairement isolées ou détenues, sans bénéficier d'une protection juridique comme celle offerte par les modèles de soins et d'aide à l'observance thérapeutique adaptés aux patients, ni d'un soutien régulier pour la prévention de l'infection. Parfois, elles ne disposent pas non plus de recours juridique, ni de garantie d'une procédure régulière ;
- Les patients pour lesquels il ne reste aucune option thérapeutique efficace contre la tuberculose ne bénéficient pas toujours de soins, de conseils ou de mesures de prévention de l'infection adéquates ;
- Les travaux de recherche sont parfois menés sans respecter les normes d'éthique ou sans la collaboration des sujets et des communautés auxquelles ils appartiennent.

Source : *Mise en oeuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose: point essentiels*  
[http://www.who.int/tb/publications/2015/The\\_Essentials\\_to\\_End\\_TB/fr/](http://www.who.int/tb/publications/2015/The_Essentials_to_End_TB/fr/)

### Coïnfection Tuberculose/VIH

Le fait qu'un large éventail de violations des droits de l'Homme, y compris les injustices et les inégalités en matière de genre, accentue le risque de contracter le VIH est également bien connu. Les phénomènes de rejet social, de discrimination et d'exclusion combinés avec le VIH peuvent amplifier le rejet social en lien avec la tuberculose ou le nourrir.

La stratégie de s'attaquer aux obstacles liés au VIH et à la tuberculose de manière intégrée, passerait par des activités de proximité spécifiques, l'intégration des services de lutte contre la tuberculose et le VIH dans les établissements grâce à une formation du personnel visant à lui faire comprendre le rejet social et les préoccupations liées aux droits de l'Homme inhérentes aux deux maladies, un soutien par les pairs et par la communauté pour le suivi des traitements, ainsi qu'un soutien aux organismes gouvernementaux et communautaires qui peuvent monter des dossiers sur les abus liés aux droits de l'Homme commis contre cette population doublement touchée et s'assurer du bon fonctionnement des mécanismes de plainte et de réparation.

### Co-infection Intégration communautaire

#### **Les activités dans lesquelles sont impliquées les OSC visent à :**

- faire du plaidoyer en faveur des changements de politique ou pour l'obtention de ressources additionnelles ;
- éduquer la communauté sur la co-infection tuberculose/VIH ;
- Soutenir les droits humains et la dignité des personnes vivant avec la tuberculose et le VIH
- mobiliser les communautés pour participer activement à la prévention, à la prise en charge et au traitement de la tuberculose et du VIH ;
- fournir des services de santé aux membres des communautés qui en ont besoin ;

#### **Que peuvent faire les OSC pour soutenir l'intégration de la tuberculose/du VIH ?**

Les OSC travaillant dans le domaine du VIH ont de nombreux atouts actuels qu'on peut capitaliser pour aider à lutter contre la tuberculose :

- En général, les OSC travaillant dans le domaine du VIH ont de solides liens avec la communauté – leurs membres font souvent partie des communautés infectées et affectées ;
- Elles disposent de systèmes en place pour la formation du personnel et des bénévoles, assurant la sensibilisation, l'éducation à la connaissance du traitement, le soutien au traitement au profit des communautés et travaillant avec les formations sanitaires locales ;
- Elles fournissent également un soutien à faible coût, approprié au plan culturel et souvent hautement efficace aux communautés auxquelles elles fournissent des services ;
- En outre, elles ont souvent de solides liens avec les programmes nationaux de lutte contre le sida et peuvent participer aux groupes locaux ou nationaux de travail ;
- L'ensemble des enseignements tirés par les OSC dans le cadre de ce travail seront fort utiles pour étendre les activités afin d'y inclure la tuberculose ;

*Activités concertées de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH recommandées par l'OMS alignées sur les normes internationales*

**A. Mettre en place et renforcer les mécanismes de prestation de services intégrés de tuberculose et de VIH**

- Mettre en place et renforcer un organe de coordination pour des activités concertées de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH fonctionnel à tous les niveaux ;
- Déterminer la prévalence du VIH chez les personnes atteintes de la tuberculose et la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
- Entreprendre une évaluation conjointe de la co-infection tuberculose/VIH pour intégrer la prestation des services de tuberculose et de VIH ;
- Assurer le suivi et évaluation des activités concertées de lutte contre la coinfection tuberculose/VIH ;

**B. Réduire le fardeau de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et démarrer une thérapie antirétrovirale précoce (les trois I pour la lutte contre le VIH/la tuberculose)**

- Intensifier le dépistage de la tuberculose et garantir un traitement antituberculeux de grande qualité ;
- Initier la prévention de la tuberculose avec le traitement de prévention à l'Isoniazide et une thérapie antirétrovirale précoce ;
- Garantir la lutte contre l'infection tuberculeuse dans les établissements de soins de santé et les cadres collectifs ;

**C. Réduire le fardeau du VIH chez les personnes ayant une présomption de tuberculose et celles diagnostiquées de la tuberculose**

- Assure le dépistage et le counseling du VIH aux personnes présentant une tuberculose présomptive et diagnostiquée ;
- Assurer des interventions de prévention du VIH pour les personnes ayant une tuberculose présomptive et celles diagnostiquées de la tuberculose ;
- Assurer le traitement de prévention au Cotrimoxazole pour les personnes atteintes de la co-infection tuberculose/VIH ;
- Garantir des interventions de prévention du VIH, de traitement et de soin pour les personnes atteintes du VIH ;



- Assurer la thérapie antirétrovirale aux personnes atteintes de la co-infection tuberculose/VIH ;

Source :

### *Liste des activités concrète à entreprendre*

#### **Développer les compétences organisationnelles en matière d'intégration de la tuberculose/du VIH**

- Planifiez et exécutez les activités programmatiques de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH ;
- Recrutez et gérez des bénévoles et des agents de santé communautaire
- Formez et supervisez les bénévoles et les agents de santé communautaire pour fournir des informations et des soins à la communauté ;
- Créez de solides liens avec le personnel des programmes locaux de lutte contre la tuberculose et travaillez avec eux à mettre en place un système standardisé d'orientation et de communication ;

#### **Sensibiliser la communauté à la tuberculose/au VIH.**

- Fournissez aux membres de la communauté des informations écrites compréhensibles sur la co-infection tuberculose/VIH ;
- Organisez des réunions communautaires, jouez des pièces de théâtre de rue, concevez des émissions radiodiffusées, ainsi de suite, pour communiquer les messages ayant trait à la co-infection tuberculose/VIH ;
- Accroître la demande de services intégrés de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH à travers l'éducation et la sensibilisation ;
- Présentez la Charte des patients pour les soins de la tuberculose (traduite dans vos langues locales) pour informer les personnes atteintes de la co-infection tuberculose/VIH de leurs droits et responsabilités  
[www.who.int/tb/publications/2006/istc\\_charter.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf)

#### **Réduire la stigmatisation liée à la tuberculose et au VIH**

- Attaquez-vous aux craintes et aux idées erronées à travers des communications efficaces ;
- Assurez le suivi de la situation de la stigmatisation et de la discrimination et luttiez contre ces deux phénomènes ;
- Rendez normales les discussions publiques de ces deux maladies et mobilisez différents segments de la société pour lutter contre la stigmatisation ;
- Advocate for the rights of people with TB and HIV to treatment and compassionate care;
- Offer community treatment support as an alternative to forced hospitalisation or detention for people with drug-resistant TB;

#### **Soutenir le dépistage intensifié.**

- Dépistez les personnes vivant avec le VIH pour rechercher les symptômes de la tuberculose et les orienter vers l'établissement de santé le plus proche pour un examen ;

- Prélevez et transportez l'expectoration pour une analyse en laboratoire, afin de réduire le fardeau du déplacement pour les personnes présentant les symptômes de la tuberculose, en particulier celles d'entre elles qui sont très faibles ;
- Recherchez les contacts étroits des personnes atteintes de la tuberculose et encouragez-les à aller se faire examiner dans un centre de santé si elles présentent les symptômes de la tuberculose ou si elles font partie d'un groupe à haut risque de contracter la tuberculose (par exemple, les personnes vivant avec le VIH, les moins de moins de 5 ans) ;
- Assurez l'éducation et le counseling au profit des personnes atteintes de la tuberculose et orientez-les pour se faire dépister du VIH ;
- Monitorer l'accès aux soins pour les groupes marginalisés et s'assurer que les systèmes de références sont fonctionnel ;

Source :

### Inégalités et normes en matière de genre

Inégalités et normes en matière de genre : Les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose peuvent prendre plusieurs formes et touchent à la fois les hommes et les femmes.

De manière générale, les hommes font face à un risque plus élevé de contracter la tuberculose que les femmes, et présentent un nombre plus élevé de décès dus à la maladie. De plus, il est généralement moins probable que la tuberculose soit détectée et déclarée pour les hommes que pour les femmes.

Les hommes sont également plus vulnérables face à la tuberculose pour des raisons propres au genre. Dans beaucoup de pays, les hommes sont plus susceptibles de travailler dans les mines ou le dynamitage, qui les exposent à des particules. Ils sont aussi plus susceptibles de se déplacer pour le travail, ce qui peut causer des interruptions de traitement antituberculeux. Enfin, dans de nombreuses communautés, les hommes ont plus tendance à fumer ou à consommer de la drogue, deux facteurs de risque indépendants pour la tuberculose.

D'autre part, les femmes ont probablement un accès plus limité aux traitements antituberculeux et aux services de prévention que les hommes, et à certains endroits, il est moins probable qu'elles bénéficient d'un examen microscopique des frottis d'expectorations.

Les femmes peuvent également rencontrer certaines difficultés pour accéder aux services de lutte contre la tuberculose, parce que les hommes de la famille refusent de payer pour ces services (la santé des femmes n'étant pas considérée comme étant aussi importante que celle des hommes de la famille), ou bien parce que la tuberculose provoque un rejet social plus important chez les femmes que chez les hommes.

Les femmes attendent généralement plus longtemps avant d'être diagnostiquées et traitées, et peuvent être découragées dans leur recherche de soins du fait d'un manque d'intimité ou de structures de garde d'enfants dans les centres de santé. Enfin, les femmes détenues sont généralement moins susceptibles d'avoir accès à un traitement antituberculeux que les hommes incarcérés.

## Les femmes et l'égalité des genres

Dans de nombreux pays, les femmes et les filles sont traitées comme des citoyens de deuxième classe et sont confrontées à un certain nombre de risques pour la santé. Les femmes et les filles portent le poids socio-économique du VIH, de la tuberculose (TB) et du paludisme et sont souvent confrontées à de multiples formes de stigmatisation et / ou à la discrimination, la violence et d'autres violations des droits humains. Un manque d'investissement durable dans le leadership, l'engagement et la participation des femmes dans la politique VIH, le développement du programme, la mise en oeuvre, et le suivi et l'évaluation sous-entendent des programmes ne tenant pas en compte l'égalité des genres ou des programmes insensibles qui perpétuent les défis permanents pour les femmes et les filles à travers les trois maladies. En outre, malgré les progrès dans les réponses du sida, la tuberculose et le paludisme – les avancées ont été trop lentes pour les femmes clés touchées qui éprouvent souvent des formes multiples et convergentes de discrimination et de violence dans leurs propres maisons, les établissements de soins de santé, ou d'autres systèmes socio-politiques dans les pays.

## VBC - Violence Basée sur le Genre

**L'égalité des genres (en tant que conducteur du VIH)**, de la cause et la conséquence de la violence) n'a pas toujours été systématiquement pris en compte dans la politique nationale et des programmes comme un domaine critique qui affecte des communautés entières. Les femmes sont souvent prises en compte dans les programmes qui visent à mettre fin à la transmission verticale (transmission mère-enfant); prises en compte dans le travail du sexe qui ne tient pas compte des approches fondées sur les droits de l'homme; et / ou dans les programmes de jeunesse génériques qui nient les droits sexuels des jeunes femmes et mettent l'accent sur l'abstinence, la prévention et un code tranché «moral» qui régit le corps des femmes et l'autonomie sexuelle.

Plus d'attention est nécessaire autour des jeunes femmes - en particulier celles qui sont nées avec le VIH et qui de plus en plus prennent de nouvelles identités comme des adultes. Les droits sexuels et reproductifs de toutes les jeunes femmes doivent être maintenus et respectés dans les décisions de devenir des professionnels, des amantes, des épouses, des mères, des avocats et des dirigeants.

Il n'y a pas de solution miracle pour aborder les questions de genre dans le contexte du VIH et du sida, en particulier autour de la violence basée sur le genre (VBG). La VBG est non seulement une violation des droits de l'homme, mais favorise également la propagation du VIH / SIDA en limitant sa capacité de négocier des pratiques sexuelles sûres, divulgation de la séropositivité, et l'accès des services en raison de la crainte de représailles.

Les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par la violence et on estime qu'une femme sur trois dans le monde a été battue, contrainte d'avoir des rapports sexuels ou maltraitée au cours de sa vie, avec la violence conjugale comme la forme la plus courante de violence subie par les femmes dans le monde. La plupart des approches abordant la violence ne parviennent pas à répondre adéquatement à la violence sous toutes ses formes, et / ou à reconnaître l'impact de la violence sur la participation des femmes et l'accès aux soins.

## Défis posés aux femmes et aux filles (VIH)

- Depuis Juin 2014, 13,6 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès à la thérapie antirétrovirale. Les femmes vivant avec le VIH, en particulier les femmes enceintes, représentent environ la moitié de toutes les personnes ayant accès au traitement à l'échelle mondiale.
- Les femmes sont considérablement plus vulnérables au VIH que les hommes en Afrique où elles représentaient, avec les filles, 59 % des personnes vivant avec le VIH en 2016.
- Adolescents : globalement, les jeunes femmes entre 15 et 24 ans ont un risque 50% plus élevé de contracter le VIH par rapport à leurs homologues masculins. En Afrique subsaharienne, pour des raisons biologiques et sociales, des nouvelles infections du VIH chez les jeunes femmes restent doubles ou plus que chez les hommes du même groupe d'âge.
- Les lois, les politiques et les pratiques qui perpétuent l'inégalité entre hommes et femmes, les normes sexospécifiques néfastes et la violence sexiste compromettent la santé des femmes et des filles en les maintenant dans la pauvreté, en limitant leur autonomie et leur pouvoir décisionnel, notamment leur capacité d'accès à des services de soins de santé.
- Dans certains environnements, les femmes qui sont exposées à la violence de leur partenaire intime ont, en moyenne, 1,5 fois plus de probabilité d'être infectées par le VIH.

## Stigmatisation des patients affectés par le TB

La stigmatisation affecte des gens qui ont besoin de services antituberculeux sous des formes différentes. Par exemple, elle risque d'empêcher les gens de se rendre dans un dispensaire pour se faire soigner ou d'affecter leur vie familiale et sociale de sorte qu'ils ne parviennent pas à obtenir l'appui dont ils ont besoin. Les enfants présumés atteints par la tuberculose ou ayant un membre de leur famille frappé par la maladie, risquent de se trouver exclus des jeux et des activités pratiqués à l'école. La stigmatisation de la tuberculose est souvent associée à celle manifestée à l'encontre du VIH, de la pauvreté ou de divers problèmes. Un niveau élevé de confiance et de respect de la confidentialité est nécessaire pour protéger les gens d'une stigmatisation et d'une discrimination réelles ou craintes. La réduction de celles-ci doit viser tous les types de stigmatisation qui touchent les personnes et les communautés qui utilisent ou nécessitent des services antituberculeux.

## Rejet social et discrimination

Les personnes atteintes de tuberculose ont le droit de ne pas subir la discrimination, et ce peu importe le cadre, que ce soit celui des soins de santé, de l'emploi, du logement, de l'éducation ou de la migration. En dépit de ce droit, elles font souvent face au rejet social ou à la discrimination, parce qu'elles sont ou ont été atteintes par la tuberculose. Puisque la tuberculose est bien souvent associée à la pauvreté, ainsi qu'à d'autres comportements sociaux ou conditions de vie « indésirables », les personnes vivant avec la maladie, ou dont on soupçonne qu'elles l'ont, peuvent être victimes de rejet social et de discrimination à cause de leurs apparents statuts socio-économique et de leur conduite, mais aussi à cause de la tuberculose. Le rejet social et la discrimination dissuadent les individus de chercher des services afin de se faire dépister et traiter pour

cette dernière. Pour les personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose, le rejet social dû à la tuberculose peut être accentué par celui lié au VIH.

### Paludisme et VIH interagissent - paludisme aggrave le VIH

Chaque année environ 700.000 femmes meurent de la tuberculose, et plus de trois millions contractent la maladie, qui représentent environ 17 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY).

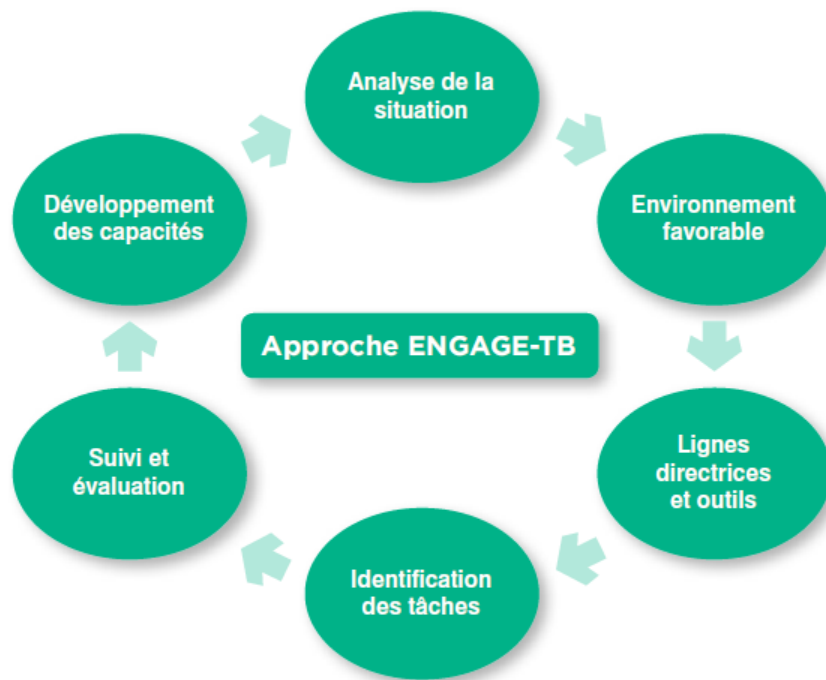
Le paludisme pendant la grossesse est l'un des principaux facteurs de risque de la mortalité infantile, de la croissance et du développement prématuré. Il y a une augmentation d'évidence que là où ils se produisent ensemble, des infections du paludisme et du VIH interagissent et le paludisme aggrave le VIH en augmentant les charges virales chez les adultes et les femmes enceintes; éventuellement accélèrent la progression du sida et potentiellement augmentent le risque de transmission du VIH entre adultes et entre une mère et son enfant. En 2013, environ 82% des cas de paludisme et 90% des décès dus au paludisme sont survenus dans la Région africaine de l'OMS, avec des enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes les plus gravement touchées.

### Programmes qui s'attaquent aux inégalités de genre et cherchent à éliminer les obstacles liés aux droits de l'Homme dans la riposte à la tuberculose

- Diminuer le rejet social et la discrimination
- Diminuer les obstacles liés au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose
- Services juridiques en lien avec la tuberculose
- Surveiller et réformer les politiques, les règlements et les lois entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose
- Connaître ses droits en lien avec la tuberculose
- Sensibiliser les législateurs, les fonctionnaires de justice et les agents des forces de l'ordre
- Former les professionnels de santé en matière de droits de l'Homme et d'éthique en lien avec la tuberculose
- Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité
- Mobiliser et autonomiser les patients et les groupes communautaires
- Programmes dans les prisons et autres lieux de détention

### Détails ENGAGE-TB

#### Six composantes



### 3 Principes essentiels

Pour améliorer la collaboration et encourager un partenariat efficace entre les ONG, les autres organisations de la société civile et les PNLAT.

- Compréhension mutuelle et respect en reconnaissant les différences et les similarités en termes d'origine, de fonctions et de culture de travail.
- Respecter les différents contextes locaux et valeurs et en tenir dûment compte lors de la mise au point des mécanismes de collaboration et de l'élargissement des activités communautaires de lutte contre la tuberculose.
- Un système national unique de suivi de la mise en œuvre des activités par l'ensemble des parties prenantes avec des indicateurs normalisés.

Les efforts doivent être participatifs plutôt que restreints pour que de plus en plus d'ONG et autres organisations de la société civile deviennent des parties prenantes engagées dans la lutte contre la tuberculose, par le biais d'une collaboration plus étroite et d'un partenariat avec les PNLAT et leurs équivalents sur la base de ces principes.

### Indicateurs normalisés pour évaluer la mise en œuvre des activités communautaires

- **Indicateur 1:** Définition de l'orientation des patients et de la notification des nouveaux cas: nombre de nouveaux patients atteints de tuberculose (quelle que soit la forme de la maladie) qui ont été orientés par des agents de santé communautaires et des volontaires communautaires, exprimé en pourcentage de l'ensemble des nouveaux patients atteints de tuberculose notifiés à l'unité de gestion de base (UGB) au cours d'une période donnée ;
- **Indicateur 2:** Définition du succès thérapeutique: nouveaux patients atteints de tuberculose (quelle que soit la forme de la maladie) traités avec succès (patients guéris qui ont terminé leur traitement) et qui ont bénéficié d'un soutien à l'observance du traitement fourni par des agents de santé ou des volontaires communautaires, parmi tous les nouveaux patients atteints de tuberculose (quelle que

soit la forme de la maladie) qui ont bénéficié d'un soutien à l'observance du traitement, fourni par des agents de santé communautaires (nombre et pourcentage) ;

### Thèmes activités communautaires

**Prévention** - en sensibilisant la communauté au sujet de la prévention et en accroissant la demande de dépistage, de traitement et de soutien pour cette maladie.

**Sensibilisation, information, éducation, communication (IEC), communication pour le changement de comportement (CCC), lutte contre l'infection, formation de dispensateurs de soins ;**

**Prévenir la transmission de la tuberculose:** se couvrir la bouche et le nez lorsque l'on tousse ou éternue est un changement de comportement simple qui permet de limiter la propagation des particules d'expectorations infectées et ainsi de réduire le risque de transmission de l'infection. Les ONG et les autres organisations de la société civile pourraient diffuser ce message au moyen de leurs divers médias de communication sociale ;

**Détection** - en dépistant davantage de personnes susceptibles d'avoir la tuberculose et en les reliant aux services antituberculeux.

**Dépistage, traçage des sujets contacts, prélèvement d'expectorations, transport d'expectorations, formation de dispensateurs de soins ;**

**Aide à la détection précoce des cas:** encourager les personnes présentant des symptômes de la tuberculose tels qu'une toux chronique, une perte de poids, des sueurs nocturnes et de la fièvre à contacter un agent de santé ou à se rendre dans un établissement de santé. Dans de nombreux endroits, le dépistage de la tuberculose repose essentiellement sur l'examen des expectorations. On pourrait expliquer les principaux symptômes de la tuberculose dans les réunions des organisations communautaires (par exemple les groupes de femmes, les clubs de santé, et les associations d'agriculteurs). On pourrait aider les personnes présentant des symptômes à faire examiner leurs expectorations, soit en les conduisant à l'établissement de santé le plus proche, soit en y acheminant l'échantillon.

**Les programmes et les projets de lutte contre le VIH:** encourager les personnes vivant avec le VIH à bénéficier d'un dépistage de la tuberculose et, en fonction des résultats, les aider à recevoir un traitement préventif (à l'isoniazide) ou effectuer d'autres examens pour détecter la tuberculose.

**Les programmes et les projets consacrés à la santé de la mère et de l'enfant:** encourager toutes les femmes enceintes à se rendre au centre de santé le plus proche pour un test de dépistage du VIH et une recherche des symptômes de la tuberculose. Les enfants de moins de cinq ans sont particulièrement vulnérables à l'infection tuberculeuse si un adulte de leur entourage proche est atteint de la maladie. Les agents de santé devraient être informés de ce fait et surveiller tout symptôme ou signe de tuberculose dans les foyers où vivent des jeunes enfants.

**Programmes et projets d'éducation:** inclure des messages au sujet de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose dans les programmes d'études et l'apprentissage

en classe. Les écoliers devraient être en mesure de reconnaître les symptômes de la tuberculose et l'importance des examens des expectorations afin d'encourager les personnes avec qui ils vivent, qui pourraient être atteints de la tuberculose, à passer un test de dépistage de la maladie ;

**Agriculture et programmes et projets générateurs de revenus:** sensibilisation aux symptômes et aux signes de la tuberculose dans les groupes organisés (associations d'agriculteurs, groupes d'épargne et de crédit). On pourrait encourager les membres de ces groupes présentant des symptômes de la tuberculose à faire examiner leurs expectorations. On pourrait également aider les personnes en cours de traitement contre la tuberculose à terminer leur traitement. Un soutien nutritionnel et psychosocial permettra d'améliorer l'issue du traitement de la tuberculose ;

**Orientation-recours :** Liaison avec les cliniques, soutien et organisation des transports, accompagnement, formulaires d'orientation-recours, formation de dispensateurs de soins ;

**Appui à l'observance du traitement** - en encourageant les patients à démarrer et à mener un traitement à bonne fin

**Appui à la stratégie DOT à domicile, conseil concernant l'observance, diminution de la stigmatisation, comptage des pilules, formation de dispensateurs de soins, soins et soutien à domicile ;**

**Fournir un appui au traitement:** les patients recevant un traitement contre la tuberculose peuvent avoir besoin d'une assistance pour prendre leurs médicaments et terminer leur traitement. Les ONG et les autres organisations de la société civile peuvent former les membres de la famille, les volontaires et les agents communautaires à l'appui au traitement. Les patients peuvent également recevoir, au besoin, un soutien nutritionnel et psychosocial ;

**Aide sociale et soutien aux moyens de subsistance :** Transferts d'argent, plans d'assurance, soutien et supplémentation en matière de nutrition, plans d'épargne volontaire et prêts, marchés inclusifs, formation de dispensateurs de soins, création de revenus ;

**Action de plaidoyer** - en préconisant un meilleur accès au diagnostic, au traitement et aux soins pour la tuberculose ;

- en préconisant des changements de politique pour faciliter un meilleur accès aux services, par exemple en réorganisant les tâches, ce qui permettrait au personnel infirmier, aux agents de santé ou bénévoles communautaires de prélever des expectorations et d'appliquer la stratégie DOT à la communauté ;

**Mise à disposition de fournitures, de matériel et de services, formation de dispensateurs de soins, questions de gouvernance et de politique, travaux avec des responsables de la communauté ;**

**Réduction de la stigmatisation :** Théâtre communautaire, groupes d'art dramatique, témoignages, groupes de soutien patients/ pairs, champions



**communautaires, services de sensibilisation et de formation, agents de santé communautaire et dirigeants ;**

### **Cadre modulaire TB - FM, Manuel 2/ 2017**

#### **1. Prise en charge et prévention de la tuberculose**

- Dépistage et diagnostic des cas
- Traitement
- Prévention
- Participation de tous les prestataires de soins (prise en charge et prévention de la TB)
- Prise en charge communautaire de la tuberculose
- Populations clés (prise en charge et prévention de la TB) - prisonniers
- Populations clés (prise en charge et prévention de la TB) - autres
- Activités conjointes avec d'autres programmes et secteurs (prise en charge et prévention de la TB)
- Suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de prévention et de prise en charge de la tuberculose
- Autre interventions relatives à la prise en charge et prévention de la TB

#### **2. Tuberculose/VIH**

- Interventions conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH
- Implication de tous les prestataires de soins (TB/VIH)
- Prise en charge communautaire de la coinfection TB/VIH
- Populations clés (TB/ VIH) - prisonniers ou personnes se trouvant dans d'autres lieux fermés
- Populations clés (TB/VIH) - autres
- Activités conjointes avec d'autres programmes et secteurs (TB/HIV)
- Suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent les programmes conjoints de lutte contre la tuberculose/le VIH
- Autres interventions relatives à la coinfection TB/VIH

#### **3. Tuberculose multirésistante**

- Détection et diagnostic des cas : tuberculose multirésistante
- Traitement : tuberculose multirésistante
- Prévention de la tuberculose multirésistante
- Participation de tous les prestataires de soins (TB-MR)
- Prise en charge communautaire de la TB-MR
- Populations clés (TB-MR) - prisonniers
- Populations clés (TB-MR) - autres
- Activités conjointes avec d'autres programmes et secteurs (TB-MR)
- Suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès au traitement de la tuberculose multirésistante
- Autre interventions relatives a la TB-MR

#### **4. Gestion de programme**

- Politiques, planification, coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies
- Gestion des subventions
- Autre gestion de programme

## 6.2 Standards – Indicateurs - RSC

### SITT - Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose, 1/2006

#### Standards du diagnostic

**Standard 1.** Toutes les personnes ayant une toux productive non expliquée par ailleurs depuis deux à trois semaines ou plus devraient être examinées pour la tuberculose ;

**Standard 2.** Tous les patients (adultes, adolescents et enfants capables d'expectoration) soupçonnés d'avoir une tuberculose pulmonaire doivent avoir au moins deux, et de préférence trois, examens microscopique de l'expectoration. Lorsque ceci est possible, il faut obtenir au moins un prélèvement d'expectoration tôt le matin ;

**Standard 3.** Pour tous les patients (adultes, adolescents et enfants) soupçonnés d'avoir une tuberculose extra-pulmonaire, il faut obtenir des prélèvements des sites soupçonnés d'être atteints pour examen microscopique et, lorsque les moyens et les ressources le permettent, pour culture et examen histopathologique ;

**Standard 4.** Il faut faire des examens microbiologiques de l'expectoration pour toute personne avec images suspectes de tuberculose à la radiographie pulmonaire ;

**Standard 5.** Le diagnostic de tuberculose pulmonaire à frottis d'expectoration négatif doit être basé sur les critères suivants : au moins trois frottis d'expectoration négatifs (notamment, au moins un échantillon prélevé tôt le matin) ; des images radiographique pulmonaire compatibles avec la tuberculose ; et pas de réponse à un traitement d'essai par antibiotiques à large spectre. (*REMARQUE : étant donné que les fluoroquinolones sont actives contre les bacilles du complexe M. tuberculosis et peuvent entraîner une amélioration transitoire chez les malades tuberculeux, il faut les éviter*) ;

Chez ces patients, si les moyens permettent la mise en culture, il faut faire des cultures de l'expectoration. Chez les personnes qui sont ou que l'on soupçonne d'être séropositives pour le VIH, l'évaluation diagnostique doit être faite sans délai ;

**Standard 6.** Le diagnostic de tuberculose intrathoracique (c.-à-d. pulmonaire, pleurale, et médiastinale ou ganglionnaire hilare) chez les enfants symptomatiques avec frottis d'expectoration négatifs doit être basé sur la présence d'anomalies radiographiques pulmonaires compatibles avec la tuberculose et, soit sur un ou des antécédents d'exposition à un cas infectieux, soit sur la preuve d'une infection tuberculeuse (test cutané à la tuberculine positif ou dosage de libération d'interféron gamma).

- Pour ces patients, si on dispose de moyens de la mise en culture, il faut obtenir des échantillons d'expectoration (par expectoration, lavage d'estomac ou induction d'expectation) et les mettre en culture ;

#### Standards de traitement

**Standard 7.** Tout praticien traitant un patient contre la tuberculose assume une responsabilité importante pour la santé publique.

- Pour remplir cette responsabilité, le praticien doit non seulement prescrire un traitement approprié mais il doit également être capable d'évaluer l'adhésion du patient à la thérapie et, le cas échéant, d'intervenir en cas de défaut d'adhésion.
- Ce faisant, le dispensateur de soins pourra assurer l'adhésion au traitement jusqu'à l'achèvement de celui-ci ;

**Standard 8.** Tous les patients (y compris ceux qui sont séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) qui n'ont pas été traités antérieurement doivent recevoir un traitement internationalement reconnu d'antituberculeux de première ligne à biodisponibilité connue.

- La phase initiale doit comporter deux mois de traitement par isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol.
- La meilleure phase de continuation comporte isoniazide et rifampicine administrés pendant quatre mois.
- L'isoniazide et l'éthambutol administrés pendant six mois est une alternative pour la phase de continuation qui peut être utilisée lorsqu'on ne peut pas évaluer l'observance, mais ce traitement est associée à un taux plus élevé d'échecs et de rechutes, surtout chez les patients séropositifs pour le VIH.
- Les doses d'antituberculeux utilisés doivent être conformes aux recommandations internationales.
- Les associations à doses fixes de deux (isoniazide et rifampicine), trois (isoniazide, rifampicine et pyrazinamide) et quatre (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol) antituberculeux sont fortement recommandées, surtout lorsqu'on ne peut pas superviser l'ingestion des médicaments ;

**Standard 9.** Pour favoriser et évaluer l'observance, il faut établir avec tous les patients un climat de confiance basé sur l'appréciation des besoins du patient et le respect mutuel entre le patient et les dispensateurs de soins.

- La supervision du traitement et le soutien apporté aux patients doivent être adaptés à leur sexe et leur âge et doivent tirer parti de toute la gamme des interventions recommandées et des services d'aide disponibles, notamment les conseils aux patients et leur éducation.
- Un élément crucial de la stratégie centrée sur le patient est l'emploi de mesures permettant l'évaluation et l'incitation à une bonne adhésion au traitement, et de mesures à prendre en cas de mauvaise observance.
- Ces mesures doivent être adaptées aux circonstances propres à l'individu et être mutuellement acceptables pour le patient et pour le dispensateur de soins.
- De telles mesures peuvent comporter l'observation directe de l'ingestion des antituberculeux (traitement sous observation directe ou TOD) par un tiers partisan du traitement, accepté par le patient et responsable envers lui et les services de santé ;

**Standard 10.** Tous les patients devraient être surveillés pour juger de la réaction au traitement, que l'on évalue le mieux avec la tuberculose pulmonaire par des analyses microscopiques d'expectorations (deux spécimens) au moins à la fin de la phase initiale du traitement (à deux mois), à cinq mois et à la fin du traitement.

- Les patients ayant des frottis positifs pendant les cinq mois de traitement doivent être considérés comme des échecs au traitement et recevoir une thérapie modifiée comme il convient. (Voir les Standards 14 et 15.)
- Chez les patients atteints de tuberculose extra-pulmonaire et chez les enfants, on évalue au mieux la réaction au traitement cliniquement. Les examens

radiographiques de suivi ne sont pas normalement nécessaires et peuvent induire en erreur ;

**Standard 11.** Tous les patients doivent avoir un dossier médical écrit où sont enregistrés tous les médicaments administrés, les résultats bactériologiques et les effets secondaires ;

**Standard 12.** Dans les régions à forte prévalence de l'infection par le VIH dans la population générale et où il est probable que la tuberculose et l'infection par le VIH coexistent, il est recommandé que tous les patients tuberculeux bénéficient systématiquement d'une consultation VIH et de tests de dépistage.

- Dans les régions où les taux de prévalence du VIH sont plus faibles, les consultations pour le VIH et les tests de dépistage du VIH sont indiqués pour les patients tuberculeux ayant des symptômes et/ou des signes en rapport avec le VIH et chez les patients tuberculeux ayant des antécédents de risque élevé d'exposition au VIH ;

**Standard 13.** Tous les patients atteints de tuberculose et séropositifs pour le VIH doivent être évalués pour déterminer si une thérapie antirétrovirale est indiquée pendant le traitement antituberculeux.

- Des mesures appropriées doivent être prises pour l'accès aux médicaments antirétroviraux pour les patients répondant aux indications de traitement.
- Compte tenu de la complexité de la co-administration du traitement antituberculeux et de la thérapie antirétrovirale, il est recommandé de consulter un médecin spécialisé dans ce domaine avant d'entreprendre un traitement concomitant contre la tuberculose et contre l'infection par le VIH, quelle que soit la maladie qui se soit manifestée en premier.
- Toutefois, il ne faut pas retarder la mise en oeuvre du traitement antituberculeux.
- Les patients atteints de tuberculose et séropositifs pour le VIH doivent également recevoir du cotrimoxazole à titre prophylactique contre d'autres infections ;

**Standard 14.** Il faut obtenir pour tous les patients une évaluation de leur probabilité de résistance aux médicaments basée sur les antécédents de traitements antérieurs, sur l'exposition à un cas-source probable à microorganismes résistants, et sur la prévalence des microorganismes résistants dans la communauté.

- Les patients dont le traitement échoue et les cas chroniques doivent toujours être évalués du point de vue de la résistance des microorganismes.
- Pour les patients chez qui une probabilité de microorganismes résistants est établie, il faut rapidement effectuer des cultures et des tests de sensibilité de ces microorganismes à l'isoniazide, la rifampicine et l'éthambutol ;

**Standard 15.** Les patients atteints de tuberculose à bacilles résistants (en particulier des bacilles multirésistants), doivent être traités par des thérapies spécialisées contenant des antituberculeux de seconde ligne.

- Il faut utiliser au moins quatre médicaments pour lesquels on connaît, ou présume, la sensibilité des microorganismes, et ce traitement devrait être administré pendant au moins 18 mois.
- Il faut prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer l'observance du patient.
- Il faut également prévoir une consultation avec un dispensateur de soins ayant l'expérience du traitement des patients atteints de tuberculose à bacilles multirésistants ;

## **Standards concernant les responsabilités vis-à-vis de la santé publique**

**Standard 16.** Tous les dispensateurs de soins aux patients tuberculeux doivent s'assurer que les personnes (surtout les enfants âgés de moins de 5 ans et les personnes séropositives pour le VIH) qui sont en contact étroit avec des patients atteints de tuberculose infectieuse soient examinées et prises en charge conformément aux recommandations internationales.

- Les enfants de moins de 5 ans et les personnes séropositives pour le VIH qui ont été en contact avec un cas infectieux doivent être examinés pour dépister une infection tuberculeuse latente et une tuberculose active ;

**Standard 17.** Tous les dispensateurs de soins doivent déclarer les nouveaux cas et les cas de retraitement de la tuberculose ainsi que les résultats de ces traitements aux autorités sanitaires locales, conformément aux dispositions légales et réglementaires ;

### **Indicateurs - Stratégie pour mettre fin à la tuberculose**

#### **Liste (sans classement) des dix indicateurs de Suivi de la mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose aux niveaux mondial et national**

- Valeurs cibles recommandées applicables à tous les pays.
- La valeur cible doit être atteinte au plus tard en 2025.

#### **Indicateur et valeur cible recommandée**

- 1. Couverture du traitement antituberculeux :** Nombre de cas nouveaux et de rechutes notifiés et traités, divisé par le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose la même année, exprimé sous forme de pourcentage ( $\geq 90\%$ ).
  - Une forte couverture thérapeutique est indispensable à la réalisation des cibles et objectifs intermédiaires de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose ;
- 2. Taux de réussite du traitement antituberculeux :** Pourcentage des cas notifiés de tuberculose qui ont été traités avec succès ( $\geq 90\%$ ).
  - Indicateurs 1 et 2, ensemble, ces deux indicateurs serviront probablement de « marqueurs » pour suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle dans le cadre des ODD ;
- 3. Pourcentage des ménages touchés qui sont confrontés à des coûts catastrophiques dus à la tuberculose :** Nombre de personnes traitées pour la tuberculose (et leurs familles) qui supportent des coûts catastrophiques (coûts directs et indirects combinés), divisé par le nombre total de personnes traitées pour la tuberculose.
  - Cet indicateur, qui est l'un des trois indicateurs généraux de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, est un marqueur essentiel de la protection contre les risques financiers (un des deux éléments clés de la couverture sanitaire universelle) et de la protection sociale des ménages touchés par la tuberculose ;
- 4. Pourcentage de patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes) qui ont été soumis à un test rapide recommandé par l'OMS lors du diagnostic**  
Nombre de patients soumis à un test rapide recommandé par l'OMS au moment du diagnostic, divisé par le nombre total de patients tuberculeux (cas nouveaux et rechutes), exprimé sous forme de pourcentage ( $\geq 90\%$ ).

- Un diagnostic correct est un aspect fondamental de la prise en charge de la tuberculose. Les tests diagnostiques moléculaires rapides permettent une détection précoce et la mise en place rapide du traitement ;

**5. Indicateur valeur cible recommandée 5 couverture du traitement contre l'infection tuberculeuse latente :**

Parmi les personnes vivant avec le VIH nouvellement bénéficiaires de soins anti-VIH et les enfants de <5 ans qui sont des contacts domestiques de cas de tuberculose, nombre de sujets qui ont démarré un traitement contre l'ITL, divisé par le nombre de personnes justiciables d'un traitement, exprimé sous forme de pourcentage (séparément pour chacun des deux groupes) ( $\geq 90\%$ ).

- Le traitement de l'ITL est la principale intervention thérapeutique disponible pour prévenir l'évolution vers la forme évolutive de la maladie chez les sujets déjà infectés par *M. tuberculosis* ;

**6. Couverture des activités de recherche des contacts :** Parmi les contacts des cas de tuberculose bactériologiquement confirmés, nombre de personnes évaluées à la recherche d'une tuberculose, divisé par le nombre de personnes justiciables d'une évaluation, exprimé sous forme de pourcentage ( $\geq 90\%$ ).

- La recherche des contacts est un élément central de la prévention contre la tuberculose, en particulier chez les enfants ;

**7. Couverture des tests de pharmacosensibilité chez les patients tuberculeux :**

Nombre de patients tuberculeux pour lesquels on dispose de résultats aux tests de pharmacosensibilité, au moins pour la rifampicine, divisé par le nombre total de cas notifiés (nouveaux ou en reprise de traitement) au cours de la même année, exprimé sous forme de pourcentage. Cette couverture comprend les résultats des tests moléculaires (p. ex. Xpert MTB/ RIF), ainsi que des tests phénotypiques conventionnels (100 %).

- La réalisation de tests de sensibilité aux antituberculeux recommandés par l'OMS est essentielle pour identifier le traitement le mieux adapté à chaque cas diagnostiqué de tuberculose ;

**8. COUVERTURE THÉRAPEUTIQUE PAR LES NOUVEAUX ANTITUBERCULEUX :**

Nombre de patients tuberculeux traités selon un protocole qui inclut de nouveaux médicaments antituberculeux (approuvés après 2010), divisé par le nombre de cas notifiés justiciables d'un traitement par ces nouveaux antituberculeux, exprimé sous forme de pourcentage ( $\geq 90\%$ ).

- Cet indicateur est pertinent pour mesurer l'adoption des innovations dans tous les pays. Les indicateurs relatifs à la mise au point de nouveaux outils sont nécessaires au niveau mondial, mais ne sont pas adaptés au suivi des progrès dans tous les pays.
- Les patients justiciables d'un traitement par les nouveaux antituberculeux pourront être définis de manière différente d'un pays à l'autre ;

**9. Enregistrement du statut sérologique vis-à-vis du vih chez les patients tuberculeux :**

Nombre de patients tuberculeux (nouveaux cas et rechutes)auxquels le test de dépistage du VIH a été offert, divisé par le nombre de nouveaux cas et de rechutes notifiés au cours de la même année, exprimé sous forme de pourcentage (100 %).

- Un des principaux indicateurs mondiaux utilisés pour le suivi des activités concertées contre le VIH et la tuberculose. L'enregistrement du statut sérologique

à l'égard du VIH est essentiel pour permettre aux patients tuberculeux qui sont séropositifs de bénéficier des meilleurs soins possibles, notamment d'un traitement antirétroviral ;

**10. Taux de létalité (TL) :** Nombre de décès dus à la tuberculose (selon le système national d'enregistrement des faits d'état civil), divisé par le nombre estimatif de cas incidents de tuberculose survenus la même année, exprimé sous forme de pourcentage ( $\leq 5\%$ ).

- Cet indicateur est essentiel pour suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre les jalons de 2020 et 2025. Le jalon mondial de 2025 relatif à la réduction de la mortalité et de l'incidence de la tuberculose exige un taux de létalité maximal de 6 % ;

### RSC - Renforcement des systèmes communautaires et tuberculose

Le RSC met un accent particulier sur le renforcement des capacités et sur l'amélioration des ressources humaines et financières, dans le but de permettre aux communautés et aux acteurs communautaires de jouer un rôle plus efficace et complet en s'appuyant sur des systèmes de santé et de protection sociale solides.

Le *but* du RSC est de parvenir à de meilleurs résultats dans le domaine de santé. Le Renforcement des Systèmes Communautaires (RSC) constitue donc une *approche* qui favorise la mise en place de communautés et d'organisations communautaires, de groupes et de structures compétents bien informés et bien coordonnés.

Le RSC regroupe un large éventail d'acteurs communautaires et leur permet de contribuer à la viabilité des systèmes de santé et des interventions au niveau communautaire, y compris un environnement favorable et réceptif dans lequel ces contributions pourront être efficaces.

### Renforcement du système communautaire dans le contexte de la tuberculose

Le Fonds mondial a mis au point un ensemble de quatre **Cadres de Mesure** qui couvrent le VIH / SIDA, la Tuberculose, le Paludisme et le Renforcement du Système de Santé.

Chacun de ces cadres de mesure comprend un module RSC et chaque module RSC est composé de quatre **Interventions** visant à renforcer les systèmes communautaires. Les interventions pour le RSC offrent la possibilité et le financement qui permettent aux communautés et organisations communautaires d'optimiser leur contribution à la réponse à la Tuberculose et de combler les lacunes qui pourraient entraver ces efforts.

#### Intervention 1: Suivi communautaire pour la Transparence

- Les capacités des organisations et autres groupes communautaires sont renforcées pour surveiller, documenter et analyser la performance des services de santé pour servir de base à la Reddition des Comptes, au plaidoyer et à la programmation des activités ;
- Les organisations communautaires élaborent et mettent en oeuvre des mécanismes de suivi permanents permettant de mettre en place des politiques et des services de santé performants et de qualité, ainsi que des activités, interventions et autres facteurs pertinents pour la lutte contre la maladie, y compris les services de prévention, de soins et de soutien, le financement des programmes et des défis liés à la société (tels que la discrimination et les inégalités basées sur le sexe), qui

constituent des obstacles à une riposte efficace à la maladie et à la création d'un environnement favorable ;

### **Intervention 2: Plaidoyer pour la responsabilité sociale**

- Les prestataires de services, les programmes nationaux, les décideurs et les dirigeants locaux et nationaux sont obligés de rendre compte aux organisations du secteur communautaire pour une prestation efficace de services, d'activités et d'autres interventions, ainsi que pour la protection et la promotion des droits humains et l'égalité des sexes ;
- Les communautés et les populations affectées organisent des dialogues et des campagnes de sensibilisation aux niveaux local et national dans le but d'assurer le suivi de la réponse à la Tuberculose, y compris les services de santé, les programmes ayant spécifiquement traités aux maladies ainsi que des questions plus générales telles que la discrimination, l'inégalité des sexes et le financement durable en vue d'une transformation sociale ;

### **Intervention 3: Mobilisation Sociale, Etablissement de liens communautaires, Collaboration et Coordination**

- Les communautés et les populations affectées s'engagent dans des activités pour améliorer leur santé et leur environnement ;
- L'action communautaire, la mise en place d'organisations communautaires et la création de réseaux et de liens efficaces avec d'autres acteurs et mouvements plus larges telles que les droits de l'homme et les mouvements de femmes constituent autant d'entreprises essentielles permettant de pérenniser les acquis de la lutte ;
- Le tissage de relations formelles et informelles entre les communautés, les acteurs communautaires et autres parties prenantes permet aux différents acteurs de travailler en synergie, de se renforcer mutuellement, de d'optimiser l'utilisation des ressources et d'éviter les duplications et la concurrence inutiles ;

### **Intervention 4: Renforcement des capacités institutionnelles, planification et développement du leadership dans le secteur communautaire**

- Le renforcement des capacités des groupes, des organisations et des réseaux du secteur communautaire, dans un certain nombre de domaines essentiels à l'accomplissement de leur rôle dans la prestation de services, la mobilisation sociale, le suivi et le plaidoyer ;
- Cette étape comprend également l'appui à la planification, le développement institutionnel et organisationnel, le renforcement des systèmes, les ressources humaines, le leadership et l'organisation du secteur communautaire ;
- L'allocation de ressources financières adéquates et prévisibles pour les communautés et la gestion appropriée des ressources financières par les groupes, organisations et réseaux communautaires, la fourniture d'appui matériel, technique et financier pour le secteur communautaire est nécessaire pour leur permettre de remplir pleinement leur rôle dans la prestation de services, la mobilisation sociale, le suivi et le plaidoyer ;

## **7. Abréviations**

FM	Fonds Mondial
CDT	Centre de Traitement
LTO	Lèpre/Tuberculose/Onchocercose



## 8. Biographie

### 8.1 Ressources TB

OMS - Publications et ressources sur la tuberculose

<http://www.who.int/tb/publications/fr/>

Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2017

[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/fr/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/)

Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente

<http://www.who.int/tb/publications/latent-tuberculosis-infection/fr/>

### 8.2 Mettre fin à la tuberculose / ENGAGE-TB

#### Approche Engage-TB

<http://www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/faqs/fr/>

[http://www.who.int/tb/publications/engage\\_tb\\_tm/fr/](http://www.who.int/tb/publications/engage_tb_tm/fr/)

**Mise en œuvre de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose: point essentiels**

[http://www.who.int/tb/publications/2015/The\\_Essentials\\_to\\_End\\_TB/fr/](http://www.who.int/tb/publications/2015/The_Essentials_to_End_TB/fr/)

**ENGAGE-TB : Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile - Manuel de mise en œuvre**

<http://www.who.int/tb/publications/engage-tb-implementation-manual/fr/>

#### Directives opérationnelles

[http://www.who.int/tb/publications/2012/engage\\_tb\\_policy/fr/](http://www.who.int/tb/publications/2012/engage_tb_policy/fr/)

**ENGAGE- TB: Manuel de formation - Programme et guide de l'animateur**

[http://www.who.int/tb/publications/engage\\_tb\\_tm/fr/](http://www.who.int/tb/publications/engage_tb_tm/fr/)

**Formation des agents de santé et bénévoles communautaires - Guide de l'animateur**

[http://www.who.int/tb/publications/2015/engage\\_tb\\_training/fr/](http://www.who.int/tb/publications/2015/engage_tb_training/fr/)

### 8.3 Droit de l'homme - égalité genre

Résumé de ces questions et une liste de ressources importantes, veuillez voir le Partenariat Halte TB et le groupe de travail Droits de l'Homme : Document de travail sur la tuberculose et les droits humain.

[www.stoptb.org/assets/documents/global/hrtf/Briefing%20note%20on%20TB%20and%20Human%20Rights.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/hrtf/Briefing%20note%20on%20TB%20and%20Human%20Rights.pdf)

**Note d'information FM - S'attaquer aux inégalités de genre et renforcer les ripostes en faveur des femmes et des filles, 2014**

[https://www.theglobalfund.org/media/5720/core\\_gender\\_infonote\\_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/5720/core_gender_infonote_fr.pdf)

**Outil d'évaluation sexospécificités pour les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose**

[www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/GenderAssessmentToolTB\\_HIV\\_FRENCH.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/GenderAssessmentToolTB_HIV_FRENCH.pdf)

**CHECKLIST pour l'intégration du genre dans le nouveau modèle de financement du FM, UNDP, 2014**

[http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/UNDP%20Checklist%20for%20Integrating%20Gender-4\\_FR\\_final%20\(2\).pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/UNDP%20Checklist%20for%20Integrating%20Gender-4_FR_final%20(2).pdf)

**VIH et droits humains – Guide de bonnes Pratiques, l'International HIV/AIDS Alliance**

[http://www.arasa.info/index.php/download\\_file/1268//](http://www.arasa.info/index.php/download_file/1268//)

**Document : VIH et droits humains – Guide de bonnes Pratiques, l'International HIV/AIDS Alliance - Intégration de la santé sexuelle et reproductive, du VIH et des droits de l'Homme**

<https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2015/01/AidsAlliance-GuideIntegrationSSRetVIH-original.pdf>

**Charte des patients pour les soins de la tuberculose pour informer les personnes atteintes de la co-infection tuberculose/VIH de leurs droits et responsabilités**

[www.who.int/tb/publications/2006/istc\\_charter.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf)

## 8.4 Co-Infection TB/VIH

**Introduction à la politique de l'OMS sur les activités concertées de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH**

La politique de l'OMS pour 2012 sur les activités concertées de lutte contre la coinfection tuberculose/VIH est l'un des documents très importants que devraient lire pour toutes les organisations intervenant dans le domaine de l'intégration de la tuberculose/du VIH.

[www.who.int/tb/publications/2012/tb\\_hiv\\_policy\\_9789241503006/fr/index.html](http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/index.html)

**Intégration communautaire contre la co-infection tuberculose/VIH, Aids Alliance**

[https://www.aidsalliance.org/assets/000/000/783/GPG\\_VIH-TB\\_integration-FR\\_original.pdf?1407143911](https://www.aidsalliance.org/assets/000/000/783/GPG_VIH-TB_integration-FR_original.pdf?1407143911)