



OD 40

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

DISTR. : LIMITED  
DISTR. : LIMITEE

WHO/TB/96.219  
Original: anglais

053043

## **OMS/CDC/USAID**

### **Projet de soins aux tuberculeux dans la communauté en Afrique : Atelier de mise au point des protocoles**

Entebbe (Ouganda), 11-21 novembre 1996

## **Rapport de l'OMS**

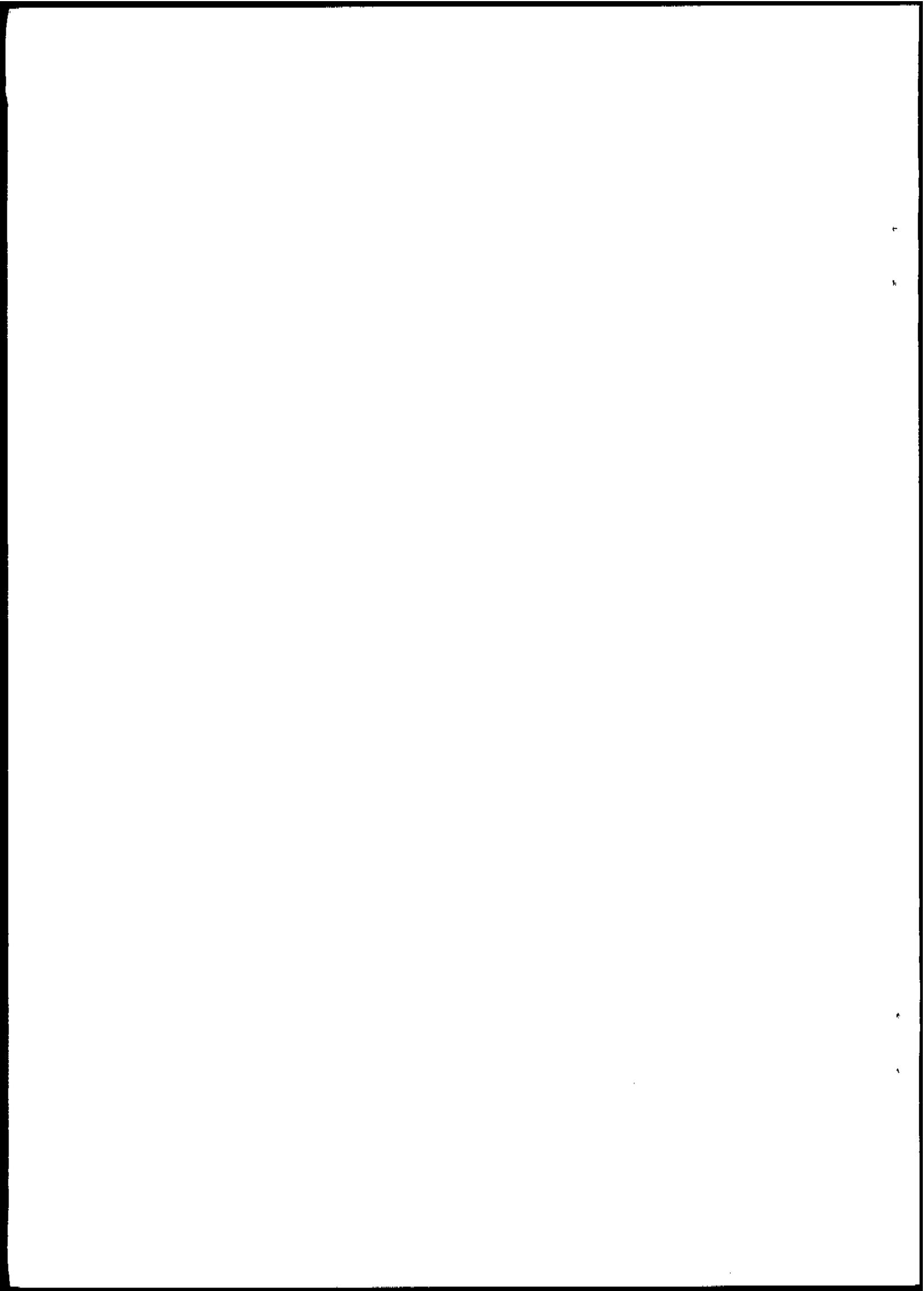
Bernard Fourie (Afrique du Sud), Anthony Harries (Malawi) et Dermot Maher (OMS)  
pour le compte des institutions collaboratrices  
(OMS, CDC, USAID, UITMR, KNCV, ONUSIDA)

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.



**Table des matières**

1. Généralités
2. But de l'atelier
3. Structure et déroulement de l'atelier
4. Aperçu synoptique des exposés et des débats en plénière
5. Education/formation
6. Plan de travail et rédaction de rapports
7. Résumé des principales questions soulevées durant l'atelier
8. Clôture de l'atelier
9. Etapes ultérieures

**Références bibliographiques****Annexes:**

Liste des participants	Annexe 1
Ordre du jour	Annexe 2
Figure 1 et Tableau 1	Annexe 3
Liste des protocoles (en anglais)	Annexe 4

**Liste des sigles**

AFRO	Bureau régional de l'Afrique (Organisation mondiale de la Santé)
CAP	Connaissances, aptitudes et pratiques
CDC	Centers for Disease Control (Atlanta, Etats-Unis d'Amérique)
KNCV	Association royale des Pays-Bas contre la Tuberculose
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSP	Soins de santé primaires
UICTMR	Union internationale contre la Tuberculose et les Maladie respiratoires
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Résumé

La participation de la communauté aux soins dispensés aux tuberculeux dans le cadre des activités du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) peut contribuer à l'efficacité de ces activités de façon à la fois rentable et adaptée aux besoins des communautés, des patients et des agents de santé. Il faut en particulier mobiliser le potentiel des communautés pour les soins aux tuberculeux en Afrique subsaharienne, où l'épidémie de VIH est à l'origine d'une augmentation catastrophique du nombre des cas de tuberculose notifiés ce qui fait peser un fardeau extrêmement lourd sur les services de santé. Les projets de soins communautaires aux personnes touchées par le VIH/SIDA dans la région montrent comment la communauté peut contribuer à la prestation des soins. L'OMS est en train de coordonner un projet multinational ("Soins aux tuberculeux dans la communauté en Afrique"), en collaboration avec des organismes bailleurs de fonds (CDC/USAID) et d'autres institutions (UICMR, KNCV, ONUSIDA) pour évaluer la faisabilité, le rapport coût/efficacité et l'acceptabilité de la participation communautaire aux soins aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT. L'OMS coordonnera avec les organismes collaborateurs la mise au point et l'exécution d'un projet de district dans chacun des sept pays participants (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Namibie, Ouganda et Zambie). Les institutions collaboratrices vont encourager le développement des capacités de spécialistes de la recherche opérationnelle dans ces pays, ce qui permettra de créer un réseau de chercheurs opérationnels sur la tuberculose dans la région.

L'OMS et les institutions collaboratrices ont organisé à Entebbe (Ouganda), du 11 au 21 novembre 1996, un atelier sur la mise au point des protocoles. A la suite d'exposés faits par des spécialistes internationaux de la tuberculose, de discussions de groupe et en plénière ainsi que de travaux de groupes dirigés par des animateurs, chaque groupe de participants nationaux a mis au point un protocole de recherche opérationnelle conforme aux objectifs d'ensemble du projet. La mise au point des protocoles de recherche opérationnelle a en particulier permis de faire ressortir les points suivants :

- 1) Il doit y avoir sur les sites retenus pour le projet un PNT assez efficace si l'on veut évaluer les moyens d'associer la communauté aux soins aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT.
- 2) L'élaboration et la mise en oeuvre de la recherche opérationnelle doivent faire partie intégrante des activités du PNT pour que celles-ci n'en pâtissent pas en termes d'efforts, d'énergies ou de fonds qui leur sont consacrés.
- 3) Il est indispensable de décrire et d'évaluer le processus par lequel sera mise au point la contribution communautaire aux soins aux tuberculeux dans le cadre d'activités de lutte antituberculeuse efficaces. Il s'agit notamment d'établir : a) des liens de communication réguliers entre le PNT, les services de santé de district et le groupe communautaire concerné; b) l'obligation pour les gestionnaires de rendre compte de la participation communautaire au PNT; c) un dispositif de supervision des activités communautaires par le PNT; d) de solides plans de formation des agents de santé et des agents de santé communautaire; e) l'organisation et le maintien de la participation et de l'appui communautaires.
- 4) La comparaison entre les résultats obtenus dans un groupe de population visé par l'intervention (où la participation de la communauté aux soins aux tuberculeux fait partie des activités du PNT) et dans un groupe de population témoin permet sans doute de quantifier la différence éventuelle de résultats due à l'intervention. Le choix d'un groupe témoin valable est déterminant. L'interprétation des différences de résultats devra prendre en compte la difficulté à définir les éléments de l'intervention responsables de la différence et leur reproductibilité.
- 5) Le groupe communautaire qui participera aux soins aux tuberculeux variera selon les sites retenus pour le projet et selon les pays. Ainsi, dans un contexte donné, il pourra s'agir d'un projet local de soins communautaires aux personnes touchées par le VIH/SIDA; dans un autre, il pourra s'agir d'un réseau de volontaires ou d'agents communautaires qui reçoivent une incitation.

Les étapes ultérieures du projet sont les suivantes:

- 1) Dans chaque pays, le chercheur principal désigné et d'autres participants nationaux travailleront avec les autorités nationales concernées (par exemple, le directeur du PNT et le directeur du programme national de lutte contre le VIH/SIDA) afin d'adapter et d'affiner le projet de protocole de recherche opérationnelle et d'obtenir appui et approbation.
- 2) L'animateur désigné pour le pays en question se rendra sur place pour aider à mettre au point le protocole de recherche opérationnelle avant que celui-ci ne soit définitivement arrêté.
- 3) Le chercheur principal et d'autres participants nationaux détermineront les matériels d'éducation sanitaire et outils de formation pertinents qui existent et repéreront les personnes capables d'aider à leur mise au point.
- 4) L'OMS, en coordination avec les autres institutions collaboratrices, organisera un atelier de mise au point finale des protocoles qui devrait se tenir à Nairobi (Kenya) du 17 au 21 mars 1997.
- 5) L'OMS prendra des mesures pour faire examiner les protocoles finaux de recherche opérationnelle en vue du financement de certains projets.
- 6) La mise en oeuvre des projets bénéficiant d'un financement débutera sans doute à la mi-1997.

#### 1. Généralités

On trouve en Afrique subsaharienne 18 % des cas mondiaux de tuberculose et 68 % des personnes infectées par le VIH dans le monde entier. Dans au moins 25 % des cas, la tuberculose y coexiste avec l'infection à VIH. Or, on sait que, dans bien des pays de la région, il est difficile d'assurer de bons services antituberculeux selon des modalités qui conviennent aux patients. Le défi que pose la lutte anti-tuberculeuse dans la région est donc l'amélioration de la stratégie à adopter face au nombre des cas sans que cela nuise à l'efficacité des activités du PNT. Dans ce contexte, l'OMS a fait en 1995 une évaluation des soins dispensés aux tuberculeux dans le cadre de plusieurs projets de soins communautaires aux personnes touchées par le VIH/SIDA en Afrique du Sud, en Ouganda, au Malawi et en Zambie,<sup>1</sup> afin d'analyser le potentiel de ces projets pour la prestation des soins aux tuberculeux. Le Dr Raviglione a présenté les résultats de cette évaluation. Dans ces projets communautaires, la lutte anti-tuberculeuse laissait souvent à désirer, ce qui était vraisemblablement dû aux liens trop lâches entre le PNT, les services de soins de santé primaires (SSP) et les projets de soins aux personnes touchées par le VIH/SIDA. Il se peut aussi que tout comme les membres de projets communautaires de soins aux personnes touchées par le VIH/SIDA, les membres d'autres groupes communautaires soient prêts à assurer certains aspects des soins aux tuberculeux. La participation de la communauté à la lutte antituberculeuse dans le cadre des activités du PNT pourrait bien contribuer à l'efficacité de la lutte antituberculeuse face à l'épidémie de tuberculose/infection à VIH.

En collaboration avec les institutions de financement (CDC/USAID) et d'autres institutions collaboratrices (UICMR, KNCV, ONUSIDA), l'OMS a mis au point un projet de recherche opérationnelle sur les soins aux tuberculeux dans la communauté en Afrique: il s'agit d'évaluer la possibilité de transférer à la communauté certains aspects des soins aux tuberculeux. La coordination de ce projet concerté multinational et multi-institutions de recherche opérationnelle est confiée au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) (point focal: Dr E. Nyarko) ainsi qu'au Programme mondial OMS de lutte contre la tuberculose (GTB) (coordonnateur principal du projet: Dr D. Maher, assistant du projet: Mme A. Godfrey, superviseur du projet: Dr M. Raviglione).

Le projet comprendra des projets pilotes de recherche opérationnelle sur les soins aux tuberculeux dans la communauté dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Le choix des pays participant au projet

(Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Namibie, Ouganda et Zambie) correspond d'une part au poids du fardeau que représente la tuberculose/le VIH et à des facteurs retenus par les institutions collaboratrices. Le choix des participants des différents pays était fonction de ce que savait le personnel de l'OMS au niveau du Siège, des Régions et des pays des personnes dont la participation était envisagée. Le nombre de participants nationaux à l'atelier soutenus par le projet variait de deux à quatre en fonction de la taille du pays. D'une façon générale, pour chacun des pays, un participant au moins un était agent de santé, c'est-à-dire un médecin de district ou responsable de district pour la tuberculose, dans le district ayant des chances d'être retenu comme site du projet. Le chercheur principal devait être un agent de santé dans le district visé par le projet. Parmi les autres participants nationaux figuraient des représentants du PNT niveau du pays et/ou du district ainsi que des représentants d'organisations gouvernementales ou non gouvernementales s'occupant du VIH/SIDA. Les noms et fonctions des participants à l'atelier sont indiqués à l'annexe 1.

Le district retenu pour le projet dans chaque pays sera un district où peut d'instaurer une collaboration étroite entre le responsable de district pour la tuberculose (qui représente le PNT), les services de soins au niveau primaire et au niveau du district ainsi que le groupe communautaire concerné. Dans les pays, on choisira pour le projet des sites urbains et ruraux, et le type de groupe communautaire participant aux soins aux tuberculeux intégrés dans les activités du PNT variera d'un pays à l'autre.

## **2. But de l'atelier**

L'atelier de mise au point des protocoles, organisé au niveau local par le bureau du Représentant de l'OMS en Ouganda du 11 au 21 novembre 1996 à Entebbe, a mis en route le projet. Il s'agissait pour chacun des sept pays d'Afrique orientale et australe représentés à la réunion de mettre au point un protocole pour la mise en oeuvre d'un projet de recherche opérationnelle sur les soins aux tuberculeux dans la communauté. Le but général exposé aux participants était de mettre au point, à titre de modèle pour l'Afrique subsaharienne, une approche efficace de la lutte antituberculeuse en faisant appel à des systèmes de soins aux personnes touchées par le VIH/SIDA dans la communauté et à d'autres groupes communautaires, dans le cadre des activités du PNT dans le district et en coordination avec les réseaux locaux de SSP. Le principe de l'atelier était de développer l'aptitude des participants à faire de la recherche opérationnelle, ce qui devrait déboucher sur la création d'un réseau de spécialistes de la recherche opérationnelle sur la tuberculose en Afrique subsaharienne.

## **3. Structure et déroulement de l'atelier**

Le Dr S. Okware, Directeur des services médicaux, qui représentait le Ministre ougandais de la Santé, et le Dr H. Njie, représentant de l'OMS en Ouganda, ont ouvert l'atelier. Celui-ci reposait sur une démarche continue visant à mettre au point les différentes parties du protocole de recherche opérationnelle selon le cycle suivant: exposés sur un ou plusieurs thèmes ayant trait à une partie du protocole; travail de groupe pour examiner les questions de mise au point et de rédaction de cette partie du protocole; enfin, discussion plénière entre tous les participants des principales questions intéressant cette partie du protocole. Chaque groupe de participants nationaux a travaillé sous l'autorité d'un animateur représentant l'une des institutions collaboratrices, qui l'avait désigné comme tel. L'animateur désigné pour chaque pays continuera à conseiller celui-ci pendant toute la durée du projet et se rendra sur le lieu du projet pour suivre sa mise en oeuvre au moins à trois reprises la première année. On trouvera ci-après la liste des animateurs désignés pour les pays participants :

Pays	Animateurs
Afrique du Sud	Dr D. Maher (GTB)
Botswana	Dr T. Kenyon (CDC)
Kenya	Dr N. Billo (UICITMR), Dr F. Mubiru (consultant de l'ONUSIDA)
Malawi	Dr J. Van Gorkom (KNCV)
Namibie	Dr A. Bloom (USAID)
Ouganda	Dr E. McCray (CDC)
Zambie	Dr P. Chaulet (GTB), Dr E. Nyarko (AFRO)

En coordination avec les institutions collaboratrices, l'OMS avait chargé des experts internationaux de conduire l'atelier. Ils avaient été choisis pour leurs compétences dans des domaines intéressant différentes parties du protocole de recherche opérationnelle. Mis à part leurs exposés, ces spécialistes avaient pour tâches de faciliter les débats et de résumer, lors de séances de rétro-information, les difficultés à surmonter ou les problèmes à résoudre au fur et à mesure de l'élaboration des protocoles. Les noms des animateurs et des auteurs des exposés sont indiqués à l'annexe 1.

Il a été remis à chaque participant à l'atelier un dossier contenant les documents de base. Après chaque exposé, les participants ont reçu un texte photocopié résumant l'exposé ou un jeu de photocopies des transparents utilisés par l'auteur. L'atelier, présidé par le Dr E. Maganu, avait pour rapporteurs le Dr B. Fourie et le Dr A. Harries.

#### 4. Aperçu synoptique des exposés et des débats en plénière

L'ordre du jour de l'atelier fait l'objet de l'annexe 2.

##### 4.1 Justification, buts et objectifs du projet

Le Dr Maher a présenté la justification du projet ainsi que son but tel qu'indiqué plus haut (**Généralités et But de l'atelier**). De l'avis général, les objectifs du projet étaient d'évaluer les moyens d'associer la communauté aux soins aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT ainsi que de mesurer l'impact des soins aux tuberculeux dans la communauté dans le cadre des activités du PNT. Il a été convenu que les résultats seraient mesurés par les facteurs suivants : 1) efficacité, 2) acceptabilité, et 3) coûts. 1) Les indicateurs types des résultats de la prise en charge de la tuberculose seront les principales mesures du résultat de la contribution communautaire aux soins aux tuberculeux. 2) Les évaluations qualitatives consisteront à mesurer l'acceptabilité pour les patients, les communautés et les prestataires. 3) Il est crucial de procéder à une analyse économique étant donné les demandes concurrentes face à des ressources limitées.

##### 4.2 Esquisse du plan de travail, des méthodes et des résultats du projet

Le Dr Maher a donné un aperçu de l'approche générale du projet, en commençant par l'atelier de mise au point des protocoles. A la suite de l'atelier, les groupes de participants nationaux s'emploieront à affiner les protocoles, une visite de l'animateur étant prévue sur le lieu du projet en janvier/février 1997. Ces activités prépareront l'atelier de mise au point finale des protocoles prévu pour mars 1997, date à laquelle tous les chercheurs principaux et les animateurs se réuniront tous pour conclure la phase de mise au point des protocoles du projet. L'exécution des projets sur les sites désignés à cet effet dans chaque pays débutera probablement à la mi-1997. Il faudra environ trois ans avant de pouvoir obtenir tous les résultats escomptés.

### 4.3 Mise au point des protocoles d'étude

Plusieurs participants ont fait des exposés sur différents aspects de l'élaboration et de la rédaction d'un protocole d'étude : le Dr Billo, le Dr McCray, le Dr Binkin, le Dr Fourie et le Dr Kenyon. Les exposés portaient sur les questions suivantes : introduction à la mise au point d'un protocole, définition des questions de recherche, rédaction de l'historique, de la justification et des objectifs d'un projet de recherche, stratégies de conception, enquêtes, échantillonnage et mesures des résultats pour évaluer l'impact d'une étude d'intervention dans une communauté, gestion et analyse des données, et, enfin, aspects éthiques des études d'intervention. Chaque participant avait à sa disposition dans les documents de base un modèle de protocole précisant les considérations et étapes essentielles de la mise au point d'un protocole de recherche opérationnelle applicable à ce projet. Les auteurs des exposés ont donné des avis pratiques clairs sur la façon de procéder pour définir les thèmes et les objectifs de la recherche, concevoir les interventions et vérifier les hypothèses dans le cadre d'études de terrain. La séance de formation sur l'application du programme informatique Epi Info 6 à la gestion et l'analyse des données s'est révélée particulièrement utile. Les participants ont reçu une documentation complète sur ces questions, qu'il n'est donc pas nécessaire de développer ici.

Le Dr Fourie a fait un exposé sur les aspects éthiques des études d'intervention. S'agissant d'une étude d'intervention dans la communauté, le meilleur moyen d'obtenir le consentement est sans doute d'obtenir celui de la communauté toute entière.

### 4.4 Conception de l'étude

La question étudiée est de savoir comment évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et le rapport coût/efficacité de la participation de la communauté aux soins aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT. Il faut l'aborder à un niveau adapté au contexte, qui dépend de plusieurs facteurs, en particulier :

- i) l'importance, pour les chercheurs, d'essayer de prouver, dans une étude contrôlée sur une intervention, que la différence de résultat entre le groupe visé et un groupe témoin est due à l'intervention;
- ii) l'opportunité d'adopter une approche empirique, la réponse souhaitée consistant en une description des conditions requises pour une participation satisfaisante de la communauté; iii) le stade de développement du PNT, des services de santé généraux ainsi que de la contribution communautaire aux soins de santé sur un site de projet donné. Par exemple, dans un district où le PNT marche bien, où les activités de lutte antituberculeuse sont décentralisées vers les centres de santé et où la communauté participe activement aux actions de santé, une étude contrôlée sur une intervention peut constituer le niveau d'approche approprié. Dans un district où le PNT n'est pas aussi efficace, la population a moins recours aux centres de santé et où il n'y a guère sinon pas de participation de la communauté aux activités de santé, une approche empirique sera sans doute mieux adaptée. Dans certains contextes, le niveau approprié pourra être tout d'abord une approche empirique (par exemple une étude de faisabilité), puis une étude sur l'intervention.

On peut aborder de différentes façons la conception d'une étude d'intervention, chaque méthode ayant ses avantages et ses inconvénients. Le choix du modèle d'étude dépend des questions de recherche auxquelles il faut répondre, de l'impact éventuel de l'intervention, des ressources disponibles et de la faisabilité sur le plan local. Le consensus s'est fait sur la nécessité, quel que soit le modèle d'étude retenu, de décrire et d'évaluer la participation communautaire aux soins aux tuberculeux et la contribution apportée par la participation communautaire dans le cadre des activités du PNT.

Pour un projet visant à mesurer l'impact de la participation communautaire, on peut choisir un modèle d'étude comparée où la comparaison est faite entre les résultats dans le groupe visé par l'intervention et un autre groupe: l'intervention est la participation d'une communauté à la prestation des soins aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT, tandis que les résultats sont l'efficacité de la lutte antituberculeuse, l'acceptabilité de l'approche communautaire, et le rapport coût/efficacité. Pour à bien une étude comparée sur une intervention, il faut procéder à une planification approfondie, évaluer les indicateurs de base et appliquer des principes épidémiologiques. Plusieurs conditions doivent être réunies si l'on veut

être sûr que les différences de résultats découlent de l'intervention : i) le groupe visé par l'intervention et le groupe témoin doivent être fondamentalement aussi proches l'un de l'autre que possible; ii) dans l'idéal, la seule différence entre les deux groupes doit être la prestation des soins aux tuberculeux soit à la fois dans la communauté et au centre de santé soit uniquement au centre de santé; iii) tous les changements apportés au programme (par exemple, introduction de stages de formation du personnel) au cours de l'étude doivent concerner simultanément les deux groupes; iv) la taille des échantillons doit être satisfaisante. Le consensus s'est fait sur la nécessité d'appliquer dès le début les principes généraux OMS d'une lutte antituberculeuse efficace<sup>2</sup> dans les deux groupes.

Mais le modèle d'étude comparée a des limites: a) en pratique, il peut s'avérer difficile de distinguer le groupe visé par l'intervention du groupe témoin s'ils ne diffèrent que du point de vue de l'intervention; b) l'intervention en elle-même n'est pas un changement opérationnel dans la prestation des soins aux tuberculeux, mais elle constitue une approche communautaire et suppose un processus de développement communautaire; c) l'élément étudié dans une comparaison entre un groupe visé par une intervention et un groupe témoin est généralement une intervention plus précise que ce processus de développement et de participation communautaires.

Lorsqu'on étudie la participation communautaire aux soins aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT, l'approche empirique consiste à évaluer la faisabilité et le rapport coût/efficacité des soins aux communautaires tuberculeux dans le cadre d'un projet de démonstration (dans un district pilote). Il s'agit de repérer les étapes nécessaires, de décrire le processus par lequel des soins sont dispensés aux tuberculeux avec la participation de la communauté, et de déterminer le rapport coût/efficacité de cette formule. Le but est d'améliorer la performance générale du PNT et de parvenir aux objectifs fixés pour le dépistage et le taux de guérison.

#### 4.5 Soins communautaires aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT

Le Dr Maganu a donné un aperçu des facteurs à prendre en considération lorsqu'on envisage la possibilité d'intégrer les soins communautaires aux tuberculeux dans les activités du PNT. Il y a une différence fondamentale entre les soins à domicile et les soins dans la communauté. Dans le premier cas, il s'agit d'une activité axée sur une personne où un service est assuré directement au patient chez lui tandis que, dans le second, il s'agit d'un service implanté à proximité du domicile du patient ou organisé de façon à lui être facilement accessible. Les soins dans la communauté peuvent bien sûr englober les soins à domicile.

Plusieurs facteurs sont déterminants pour l'issue des projets de soins communautaires incluant des soins aux tuberculeux. Les facteurs favorables sont les suivants : a) nécessité explicite d'un système de soins décentralisé; b) existence de ressources communautaires qui puissent être exploitées pour assurer divers aspects des soins aux tuberculeux; c) responsabilisation de la communauté. Les facteurs défavorables sont de plusieurs ordres : a) la pauvreté et la nécessité de travailler peuvent empêcher des membres de la famille d'assurer directement des soins à ceux d'entre eux qui sont à malades; b) il est souvent très difficile de maintenir la motivation et la sensibilisation des gens; c) la plupart des organisations communautaires connaissent actuellement des problèmes financiers. Néanmoins, les programmes de soins communautaires aux personnes touchées par le VIH/SIDA et d'autres groupes communautaires peuvent contribuer à améliorer la lutte antituberculeuse. Les soins aux tuberculeux dans la communauté doivent faire partie intégrante d'un PNT bien implanté. Il ne faut à cet égard faire aucune distinction entre les soins aux tuberculeux dont on sait qu'ils sont infectés par le VIH et aux tuberculeux dont le statut sérologique du point de vue du VIH n'est pas connu. Les patients tuberculeux infectés par le VIH nécessitent souvent des soins supplémentaires qu'il faut leur assurer.

Le Dr Chaulet a fait un exposé sur l'approche intégrée standardisée de la prise en charge des adultes présentant des symptômes de maladie respiratoire. La tuberculose ne constitue qu'une petite partie (moins de 5 %) du fardeau total des maladies dans la région. Pour ceux qui sollicitent des soins, la tuberculose n'est

qu'une des maladies existantes. Pour les prestataires de soins, la tuberculose se rencontre moins fréquemment que des affections comme les IRA, l'asthme, la bronchite chronique ou les maladies diarrhéiques. Ce sont là des facteurs à prendre en considération lorsqu'on fait de la tuberculose et du VIH/SIDA la cible des soins dans la communauté/à domicile.

#### **4.6 Organisation des services pour assurer des soins communautaires aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT**

Les principes généraux OMS d'une lutte antituberculeuse efficace définissent l'approche recommandée au plan international pour la lutte contre la tuberculose. Il s'agit d'une ligne d'action suffisamment souple pour pouvoir intégrer l'apport de la communauté dans les soins aux tuberculeux. Le Dr Chaulet a proposé un système compatible avec les principes de l'OMS qui définit la position des agents de santé communautaire. Cette formule, qui a considérablement précisé les activités de soins aux tuberculeux dont ces agents peuvent raisonnablement se charger a réuni un consensus. Le Dr Chaulet et le Dr Fourie ont donné un aperçu des activités essentielles de lutte antituberculeuse à prendre en considération dans la mise au point des soins aux tuberculeux dans la communauté. On trouvera ci-dessous une brève description de la proposition et des activités en question.

##### *Structure de la participation communautaire aux soins aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT*

La figure 1 et le tableau 1 (annexe 3) donnent un aperçu du système sur lequel s'appuie une approche coordonnée de la lutte antituberculeuse. Il définit des rapports très clairs entre les services de santé et les structures politiques/administratives, ce qui est indispensable pour s'assurer durablement la participation de la communauté puisqu'il faut généralement plus qu'un simple service de lutte antituberculeuse. L'interaction avec les décideurs dans les services de santé généraux du district accroîtra les chances de succès des projets de soins aux tuberculeux dans la communauté.

Les agents de santé communautaire peuvent être en contact direct avec les patients, sous l'autorité d'un superviseur des soins communautaires, de préférence au niveau du centre de santé. Ils peuvent jouer un rôle dans les aspects suivants des soins aux tuberculeux : repérer les cas suspects de tuberculose et les contacts; observer directement le traitement; déceler dès que possible les réactions indésirables aux antituberculeux; envoyer les échantillons d'expectoration au laboratoire le plus proche chargé de l'analyse des frottis; rechercher les patients qui interrompent le traitement.

Le superviseur fait rapport au centre de santé où sont conservés le registre de traitement, les fiches/le fichier de traitement ainsi que le registre des demandes d'examen de frottis. Le centre de santé stocke les récipients contenant les échantillons et peut servir de dépôt pour les échantillons à envoyer au laboratoire le plus proche. La formation des agents de santé communautaire peut se faire au centre de santé. Le superviseur ou le personnel du centre de santé peut surveiller chaque semaine la distribution des médicaments à partir du centre.

Le responsable de district pour la tuberculose assure la formation du personnel du centre de santé et supervise ses activités une fois par mois. Tout comme le personnel du centre de santé, il doit pouvoir envoyer des patients à un hôpital d'orientation-recours du district assurant les services complémentaires de diagnostic et de traitement qui peuvent être nécessaires.

##### *Dépistage et diagnostic*

Les agents de santé communautaire peuvent contribuer de façon non négligeable à divers aspects des soins aux tuberculeux en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. Il faut distinguer entre les besoins spécifiques concernant de la tuberculose pulmonaire à frottis positif et la tuberculose à frottis négatif ou extrapulmonaire. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire à frottis négatif, de tuberculose extrapulmonaire et de tuberculose de l'enfant est généralement posé à l'hôpital de district et c'est souvent le centre de santé

qui se charge d'orienter les cas suspects. Les agents de santé communautaire peuvent superviser de la même façon le traitement des patients autres que ceux qui sont atteints de tuberculose pulmonaire à frottis positif, mais les évaluations de suivi de ces patients se feront probablement à l'hôpital de district.

Dans l'idéal, deux activités doivent avoir lieu aussi près que possible du domicile du patient : la collecte des expectorations et le traitement. Dans les deux cas, les agents de santé communautaire, secondés par le superviseur, peuvent jouer un rôle déterminant. De plus, il s'offre des possibilités de repérer assez tôt les cas suspects de tuberculose (individus présentant une toux productive depuis plus de trois semaines, particulièrement si elle s'accompagne d'une autre symptomatologie caractéristique de la tuberculose). En outre, les personnes dont l'état de santé se dégrade et dont on sait ou l'on pense qu'elles ont été en contact avec un cas à frottis positif dans leur famille au cours des six derniers mois doivent être encouragées à soumettre des échantillons d'expectoration en vue d'un examen de frottis.

Les agents de santé communautaire peuvent jouer un rôle en envoyant les échantillons d'expectoration des cas suspects vers le laboratoire le plus proche qui pratique l'examen microscopique des frottis. Le centre de santé peut servir de dépôt géré par le personnel ou par un volontaire formé. C'est au centre que les formulaires de demande d'examen de frottis sont remplis et que les récipients contenant les échantillons d'expectoration sont étiquetés et stockés avant d'être envoyés au laboratoire le plus proche. Un registre tenu au centre de santé peut faciliter la collecte des échantillons d'expectoration au titre du suivi. Comme toujours, les cas suspects soumettront trois échantillons prélevés au cours de deux journées la première fois qu'ils se présentent (sur place, tôt le matin, une deuxième fois sur place). Par la suite, ils soumettront deux échantillons pour les examens de suivi jusqu'à la fin du traitement (tôt le matin et sur place). Les expectorations doivent impérativement être conservées dans des récipients jetables fermant hermétiquement et le laboratoire doit avoir pour règle d'éliminer (généralement par incinération) les récipients usagés.

Les agents de santé communautaire pourraient distribuer les récipients et recueillir les échantillons d'expectoration lors des visites à domicile ou bien aider les cas suspects ou les patients à se rendre eux-mêmes au centre de santé. Ils pourraient aussi transporter régulièrement les échantillons au laboratoire, en rapporter les résultats et aider les patients à respecter les rendez-vous de surveillance.

#### *Traitement*

Le principal rôle que pourrait jouer l'agent de santé communautaire concerne l'observation directe du traitement. Lors de la phase intensive, il est impératif que le patient tuberculeux prenne chaque dose. Il est donc essentiel de surveiller la prise de chaque dose, en tout cas pendant la phase initiale du traitement, que la prise soit quotidienne ou se fasse trois fois par semaine. L'agent de santé communautaire peut, par exemple, vérifier pourquoi une dose n'a pas été prise et faire en sorte que le patient la prenne. S'il n'est pas possible d'observer directement le traitement lors de la phase d'entretien, l'agent de santé communautaire peut encore faire des visites de surveillance, par exemple une par semaine ou par mois, selon le schéma thérapeutique. Les agents de santé communautaire peuvent aussi repérer à temps les réactions indésirables aux antituberculeux.

#### *Enregistrement et notification*

Deux registres sont tenus au niveau du district : le registre des cas de tuberculose et le registre du laboratoire. Le premier donne des détails sur le type de patient, la catégorie de maladie, l'état bactériologique, la catégorie de traitement et le résultat du traitement. Quant au second, il donne des détails sur les résultats de l'examen au microscope des échantillons d'expectorations provenant de cas suspects de tuberculose. Des rapports trimestriels sur les cas nouveaux et les rechutes (RT1) ainsi que sur les résultats du traitement par analyse de cohorte (RT2) indiquent le degré de performance dans la gestion du programme.

Les fiches et le fichier de traitement antituberculeux ainsi que la fiche d'identité de chaque patient sont tenus du centre de santé. C'est là également que sont conservées les formulaires d'orientation-recours vers le centre antituberculeux ou l'hôpital de district ainsi que les formulaires de demande adressés au laboratoire. Il existe également un fichier des cas suspects de tuberculose ainsi que des patients tuberculeux en traitement qui attendent un contrôle de frottis à titre de suivi et à la fin du traitement pour confirmer la guérison. Il est proposé que le personnel du centre de santé inscrive sur le registre de traitement des détails sur la distribution des médicaments par le superviseur des soins communautaires. Celui-ci est chaque semaine en contact avec les agents de santé communautaire et vérifie les fiches de traitement hebdomadaire/mensuel des patients tuberculeux dont l'agent de santé communautaire observe directement le traitement.

#### *Supervision des activités*

Il est indispensable d'assurer une supervision régulière et un contrôle de la qualité de chaque registre, chaque acte diagnostique (notamment l'interprétation des documents radiologiques pour éviter de trop compter sur cette méthode diagnostique), chaque technique de laboratoire et chaque moyen d'assurer l'observation directe du traitement. La supervision est utile aux deux niveaux suivants : i) supervision du personnel de santé de district et des superviseurs des soins communautaires par le responsable de district pour la tuberculose; ii) supervision des patients tuberculeux par les agents de santé communautaire.

i) Au niveau du district, la supervision contribue à améliorer le taux de dépistage, de maintenir à qualité du diagnostic, à améliorer le taux de guérison et à repérer les points faibles et permet de recueillir des données afin d'analyser la performance du programme. Elle fait partie du processus gestionnaire, lequel permet de repérer rapidement les lacunes du système. Le personnel peut alors prendre les mesures correctives nécessaires.

ii) Au niveau du centre de santé, la supervision est nécessaire pour assurer en permanence une meilleure sélection des cas suspects de tuberculose, la collecte en bonne et due forme des échantillons d'expectorations, la distribution des médicaments et l'observance du traitement par les patients. Au niveau de la communauté, les visites de supervision des agents de santé communautaire ont plusieurs avantages : rang de priorité plus élevé accordé à la tuberculose, détection de cas suspects plus nombreux, recul de la discrimination à l'égard des tuberculeux, amélioration de l'observance du traitement, identification de problèmes de santé autres que la tuberculose. Le fait de superviser les patients tuberculeux et leur famille les encourage à exprimer leurs préoccupations et à proposer des solutions réalistes aux problèmes de prestation des soins dans la communauté.

#### **4.7 Prise en charge des maladies associées au VIH/SIDA**

Le Dr Harries a fait un exposé sur la prise en charge des maladies liées au VIH autres que la tuberculose, dans le contexte de la mise en oeuvre d'un projet pilote de participation communautaire aux soins aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT. Dans bien des pays d'Afrique subsaharienne, de nombreux patients tuberculeux sont également infectés par le VIH. A mesure que leurs défenses immunitaires reculent, ces patients développent souvent des maladies liées au VIH telles que dermatoses, lésions de l'oropharynx, maladies sexuellement transmissibles récurrentes et maladies de l'appareil respiratoire, gastro-intestinal ou neurologique. La publication de l'OMS "Tuberculose et VIH : Manuel clinique"<sup>3</sup> donne des détails sur la prise en charge de ces maladies, moyennant des traitements simples généralement dispensés à l'hôpital ou au centre de santé de district. Des algorithmes de prise en charge sont utiles pour certaines maladies comme la diarrhée chronique et les maladies sexuellement transmissibles, particulièrement lorsqu'il n'est pas possible de faire des examens de laboratoire. Il faut mettre au point des lignes directrices sur les indications concernant l'orientation du centre de santé vers l'hôpital de district et de l'hôpital de district vers l'hôpital tertiaire pour pouvoir optimiser les soins aux patients positifs pour le VIH. Il est largement admis que la prise en charge des maladies liées au VIH ne se borne pas aux soins

cliniques et fait intervenir un appui individuel et collectif, une aide psychologique et des avis sur la prise en charge de l'avenir.

#### 4.8 Comment susciter et maintenir la participation de la communauté

Il est déterminant pour le succès du projet de susciter l'intérêt de la communauté, de faire accepter le projet et de le maintenir dans le temps - sujet sur lequel Mme N. Kaleeba a fait un exposé. Bien distinguer les trois niveaux communautaires est indispensable à cet égard : agents de santé, famille et amis et, enfin, patients tuberculeux. En ce qui concerne les soins aux tuberculeux et l'interaction entre la tuberculose et l'infection à VIH, il faut pour chaque projet déterminer ce que savent les membres de la communauté (connaissances), ce qu'ils pensent (attitudes) et ce qu'ils font (pratiques). Peut-être faut-il se poser ces trois questions à chacune des trois étapes du projet, c'est-à-dire au début, pendant la progression/le suivi et à la fin du projet. Les études sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) sont utiles à cet égard : elles font intervenir des questionnaires, des discussions de groupe ciblées, l'observation, la rétroinformation, l'évaluation communautaire participative et les rapports d'activité.

Pour organiser des soins communautaires aux tuberculeux dans le cadre des activités du PNT, il est indispensable de mobiliser durablement la communauté. Les membres d'une communauté mobilisée savent qu'il existe un problème qui concerne tout le monde, reconnaissent qu'ils peuvent faire quelque chose, planifient leurs moyens d'action ensemble, mobilisent les ressources disponibles, partagent les tâches et les responsabilités et sollicitent ou permettent un appui extérieur si nécessaire. Mais les communautés, ont du point de vue de la lutte antituberculeuse, des besoins précis dont il faut tenir compte, notamment la nécessité d'être informées sur la maladie (ce qui comprend des services de conseil dans la communauté sur des problèmes associés tels que malnutrition, VIH/SIDA et alcoolisme), de disposer de moyens accessibles de diagnostic et de traitement (notamment de supervision du traitement) et d'avoir un système bien structuré d'orientation-recours.

#### 4.9 Mesures des résultats du projet

##### 4.9.1 Efficacité

Les principaux moyens de mesurer les résultats de la contribution communautaire aux soins aux tuberculeux sont les indicateurs types des résultats du traitement antituberculeux (guérison, fin du traitement, interruption du traitement, décès, échec du traitement ou transfert). Parmi les autres méthodes de mesure peuvent figurer le taux de dépistage des cas de tuberculose, la proportion des cas à frottis positif qui touche le programme de soins communautaire, le nombre de cas suspects envoyés au service et, enfin, le nombre de doses effectivement distribuées dans le cadre d'un traitement observé directement par rapport au nombre de doses qui auraient dû être prises.

##### 4.9.2 Acceptabilité

M. Schoeman a fait un exposé montrant brièvement comment les techniques d'évaluation qualitative peuvent contribuer à mesurer l'acceptabilité de la participation communautaire. L'évaluation de la recherche qualitative est nécessaire si l'on veut bien comprendre le processus envisagé. Une bonne recherche qualitative exige un personnel très bien formé et du temps - deux conditions sans doute difficiles à réunir dans certains des pays participants. Il a été suggéré que des groupes d'étude prennent contact avec des départements d'université (par exemple, sociologie, psychologie, anthropologie sociale, soins infirmiers, éducation et histoire) pour obtenir une aide en personnel. Dans l'ensemble, les participants des pays connaissaient mal les techniques permettant de mesurer l'acceptabilité des interventions. Les techniques de recherche agréées comprennent les entretiens approfondis, les discussions de groupe ciblées et le fait d'observer et de documenter la participation (par exemple à l'aide d'un procès-verbal des réunions ou d'enregistrements vidéo). Toutes ces techniques doivent être utilisées avant, pendant et après les

interventions étudiées. Il est important d'appliquer les techniques de manière que les résultats soient à la fois fiables et valables.

#### 4.9.3 Analyse économique

Etant donné les demandes concurrentes face à des ressources limitées, une analyse économique s'impose dans l'évaluation de la participation communautaire dans le cadre des activités du PNT visant à améliorer la prestation des soins aux tuberculeux. Le Dr Sawert a présenté les principes et la pratique de l'analyse économique. Bien que ce soient souvent les forces du marché qui déterminent dans la pratique l'affectation des crédits aux services de santé publique, le principe de l'optimisation du bien-être est une approche plus rationnelle, c'est-à-dire que le choix des interventions se fait en fonction des possibilités d'obtenir des résultats maximaux compte tenu d'un apport donné de ressources. L'analyse coût/efficacité et coûts/avantages se fonde sur le coût économique et les indicateurs du résultat de chaque intervention.

Lorsqu'on détermine les coûts, il y a une différence importante entre le coût financier (budget/dépenses) et le coût économique (coûts d'opportunité). Lorsqu'on calcule le coût économique, il faut être familiarisé avec certains concepts économiques. Le Dr Sawert a précisé ces concepts et leurs rapports les uns avec les autres. Il s'agit notamment des coûts fixes/coûts variables, des coûts d'investissement/coûts récurrents, des coûts totaux/unitaires, des coûts moyens/marginaux et des coûts supplémentaires. Pour des ressources réparties entre différents services, il faut attribuer des coûts communs à l'intervention que l'on étudie. Les autres considérations dans la détermination des coûts sont l'effet de l'inflation et l'effet des taux de change. Différents points de vue (prestataire, patient et société) déterminent les différences de perspective dans l'analyse des coûts.

Il existe diverses mesures pour quantifier les résultats. Il peut s'agir de mesures relativement simples, comme le nombre de cas traités ou guéris, ou de mesures plus complexes, comme le nombre d'années de vie sauvées, le nombre d'années de vie corrigées du facteur qualité et le nombre d'années de vie corrigées du facteur incapacité. Il est important de savoir comment ces deux derniers éléments sont calculés et de connaître les limites du second en ce qui concerne les patients positifs à l'égard du VIH.

Le Dr Sawert a présenté un cadre pour l'analyse des coûts du projet à assise communautaire. Les éléments essentiels sont les suivants : a) définir les interventions et décider du point de vue selon lequel se fera l'analyse (c'est-à-dire le prestataire, le patient ou la société); b) dresser, pour chaque intervention, la liste des apports, des ressources, des moyens de chiffrer ces ressources et les critères d'affectation des coûts; c) calculer les coûts totaux; d) faire, pour les moyens de mesures les résultats, une analyse coût/efficacité fondée sur le choix du moyen de mesure; e) déterminer le coût de différentes stratégies (par exemple, activités standard de lutte antituberculeuse dans le district en l'absence de participation communautaire). La meilleure solution est de faire l'analyse des coûts lorsque l'intervention est déjà en place, encore que des analyses fondées sur des hypothèses soient possibles dans le cadre du processus de planification ou de décision.

## 5. Education/formation

Il était prévu que Mme K. Parker, spécialiste d'éducation sanitaire du CDC, participe à la mise au point de matériels éducatifs et d'outils de formation, mais cette activité a été reportée pour permettre aux participants des pays de consacrer davantage de temps à d'autres parties de leurs protocoles. Il faudra préciser la façon dont Mme Parker pourrait contribuer aux travaux ultérieurement. Elle pourrait par exemple participer à l'atelier de mise au point finale des protocoles, effectuer des visites dans les pays et communiquer avec les groupes de pays par courrier électronique, télécopie, téléphone et courrier normal.

Le Dr Bloom a fait un bref exposé sur l'organisation des stages de formation et le type de matériel de base nécessaire pour un atelier de formation. Il est important de commencer par définir les objectifs des ateliers de formation envisagés, la logistique et les résultats escomptés. Les méthodes adoptées pour

l'éducation sanitaire dépendent du groupe cible, de la culture locale ainsi que des ressources et de la technologie disponibles. Le Dr Bloom a présenté une liste importante intitulée "Pertinence des matériels d'évaluation" qui peut aider à concevoir des matériels faisant passer les messages voulus.

## **6. Plan de travail et rédaction de rapports**

Le Dr Nyarko a présenté des cadres pour la préparation des éléments suivants : a) plan de travail donnant des détails sur les activités et les tâches à accomplir, le calendrier, la composante budgétaire et les responsabilités du personnel; b) rédaction des rapports à soumettre aux divers partenaires, c'est-à-dire dirigeants communautaires locaux, autorités sanitaires (de district et nationales), organismes parrainants, et d'un rapport à publier dans des revues spécialisées.

## **7. Résumé des principales questions soulevées durant l'atelier**

### **7.1 Appui aux activités du PNT**

Il est important de noter qu'à diverses reprises durant l'atelier, les animateurs et les auteurs d'exposés ont souligné que la volonté d'exécuter le projet et d'y participer ne devait pas détourner le personnel du PNT de sa responsabilité principale, qui est de suivre consciencieusement la politique du PNT dans leur pays. On a mis au point le projet OMS/CDC/USAID à la suite de consultations approfondies avec des responsables de PNT dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne pour être sûr qu'il appuie les activités du PNT. Les animateurs du projet et les chercheurs principaux doivent veiller à ce que les activités de recherche opérationnelle ne fassent pas oublier les activités normales du PNT. Bon nombre des animateurs travaillent ou ont travaillé à des activités d'appui au PNT et sont donc bien placés pour veiller à ce que la recherche opérationnelle vienne appuyer les activités du PNT au lieu de détourner les efforts et l'attention. Les animateurs qui n'ont guère ou pas d'expérience dans ce domaine doivent collaborer avec ceux de leurs collègues qui s'y connaissent. Les chercheurs principaux doivent travailler en étroite collaboration avec les responsables des PNT pour veiller à ce que les activités de recherche opérationnelle proposées aient leur aval.

### **7.2 Nécessité d'évaluer la participation de la communauté dans un district où le PNT marche relativement bien**

La participation communautaire envisagée pour la prestation des soins aux tuberculeux doit faire partie des activités du PNT, ce qui veut dire que le district pilote retenu doit avoir un PNT qui marche relativement bien, faute de quoi il est peu probable que des liens puissent s'instaurer entre l'organisation communautaire, les services de santé généraux et le PNT pour assurer la responsabilité gestionnaire et le système de supervision nécessaires. Après l'évaluation des résultats faisant suite à la mise en oeuvre des projets pilotes, la mise au point de lignes directrices permettra de prendre une décision en connaissance de cause quant aux possibilités d'application de l'approche communautaire dans les districts où le PNT ne marche pas bien.

## **8. Clôture de l'atelier**

Le groupe de participants de chaque pays a remis aux organisateurs de l'OMS à la fin de l'atelier un premier projet de protocole de recherche opérationnelle. On trouvera à l'annexe 4 les projets de protocole préparés par chacun des sept groupes de participants des pays. Les organisateurs de l'OMS ont rassemblé les évaluations de l'atelier faites par les participants tout au long et à la fin de l'atelier. Le Dr H. Njie, Représentant de l'OMS en Ouganda, a prononcé officiellement la clôture de l'atelier.

## **9. Etapes ultérieures**

### **9.1 Affinement des protocoles de recherche opérationnelle par les groupes de participants des pays**

Chaque groupe s'attachera à affiner son protocole de recherche opérationnelle après discussion avec les autorités compétentes, notamment le responsable du PNT, le responsable du programme national de lutte contre le VIH/SIDA ainsi que l'organisme consultatif éthique pour la recherche en santé au niveau national ou son équivalent local. Cette activité devrait se faire avant la première visite de l'animateur du projet pour le pays en question, visite qui aura lieu en janvier/février 1997. Chaque pays devra arrêter le choix du chercheur principal et le désigner. Le chercheur principal de chaque pays enverra les protocoles révisés à GTB/OMS avant la fin janvier 1997. Il est important de s'assurer que, dans chaque pays, les responsables du PNT et du programme de lutte contre le VIH/SIDA appuient sans réserve le projet.

## 9.2 Visites des animateurs dans les pays

En coordination avec le Dr Maher, coordonnateur principal du projet, GTB, et le Dr Nyarko, AFRO, chaque animateur devra se rendre dans le pays dont il est responsable avant la fin février 1997 afin d'aider à préparer sur place le protocole de recherche opérationnelle, avant l'atelier de mise au point définitive des protocoles prévu pour mars 1997.

## 9.3 Mandat de la spécialiste d'éducation sanitaire du CDC, Mme K. Parker

Le Dr Maher, coordonnateur principal du projet, GTB, et le Dr Nyarko, AFRO, définiront le mandat de Mme K. Parker, spécialiste d'éducation sanitaire du CDC, afin de préciser la tâche qu'elle doit accomplir avec les groupes, notamment les visites dans les pays, pour mettre au point des outils de formation et des matériels pédagogiques pertinents avant l'atelier de mise au point finale des protocoles en mars 1997.

## 9.4 Evaluation des protocoles en vue d'un financement

Une équipe d'examineurs indépendants procédera à l'évaluation des protocoles en février 1997 et établira la liste des études par ordre de priorité en vue d'un financement par le projet OMS/CDC/USAID.

9.5 L'OMS (GTB et le Bureau régional de l'Afrique) devrait assurer la liaison avec le CDC/USAID et le représentant de l'OMS dans le pays où aura lieu l'atelier de mise au point finale des protocoles (prévu pour le moment à Nairobi, Kenya) pour la planification. L'atelier aura pour but d'arrêter définitivement les protocoles de recherche opérationnelle choisis par les examineurs en vue d'un financement, de manière qu'ils puissent commencer à être mis en oeuvre à la mi-1997.

## Références bibliographiques

1. Hausler, H. P., Raviglione, M. C., Kaleeba, N., Aisu, T. et Fourie, B. Assessment of tuberculosis management in community care projects in sub-Saharan Africa. Organisation mondiale de la Santé (Programme mondial de lutte contre la tuberculose), 1995; WHO/TB/95.195
2. Programme OMS de lutte contre la tuberculose. Principes généraux d'une lutte antituberculeuse efficace. Organisation mondiale de la Santé, 1994; WHO/TB/94.179
3. Harries, A. D., Maher, D. Tuberculose et VIH : Manuel clinique. Organisation mondiale de la Santé, 1996; WHO/TB/96.200

**Atelier de mise au point des protocoles pour le projet  
de soins aux tuberculeux dans la communauté en Afrique  
Entebbe, Ouganda, 11-21 novembre 1996  
Liste des participants**

**AUTEURS DES EXPOSES:**

Dr Nancy Binkin  
Directeur adjoint pour les activités  
internationales  
Division of Tuberculosis Elimination  
Centers for Disease Control and Prevention  
1600 Clifton Road., Mailstop E-10  
Atlanta, GA 30333  
Etats-Unis d'Amérique  
tel: 1 404 639 8120  
fax: 1 404 639 8604  
e-mail: njb1@cpstb1.em.cdc.gov

Dr Bernard Fourie  
Programme Leader  
Directeur du Programme national de Lutte  
antituberculeuse, MRC  
1 Soutapansberg Road  
Private Bag X385  
Pretoria 0001  
Afrique du Sud  
tel: 27 12 323 7049  
fax: 27 12 325 5970  
e-mail: BFOURIE@hoopoo.mrc.ac.za

Mrs Noerine Kaleeba  
ONUSIDA  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Suisse  
tel: 41 22 791 4601  
fax: 41 22 791 4165

Dr E.T. Maganu  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Private Bag 0038  
Gaborone  
République du Botswana  
tel: 267 374104  
fax: 267 353100

Dr Eugene Nyarko  
Medical Officer  
Organisation mondiale de la Santé  
Bureau régional de l'Afrique (AFRO)  
TUB/LEP  
P.O. Box No 6  
Brazzaville, Congo  
tel: 1 407 953 9111 or 242 83 9218  
fax: 1 407 953 9400 or 242 83 94 00

Dr Holger Sawert  
Division de la Tuberculose  
Département de la Lutte contre les Maladies  
transmissibles  
Ministère de la Santé publique  
Bamrungmuang Rd., Bangkok 10100  
Thaïlande  
tel: 66 2 223 0609  
fax: 66 2 226 0323  
e-mail: sawert@health.moph.go.th

**OBSERVATEURS:**

Dr Sheela Rangan  
Fondation pour la Recherche en Santé  
communautaire  
84A R.G. Thadani Marg, Worli  
Bombay 400 018, Inde  
tel: 91 22 493 86 01/493 4989  
fax: 91 22 496 88 96  
e-mail: frchbom@bom2.vsnl.net.in

Mr Hennie Schoeman  
Programme national de Recherche sur la  
Tuberculose  
Conseil de la Recherche médicale  
P.O. Box 19070  
Tygerberg 7505, Afrique du Sud  
tel: 27 21 938 0412  
fax: 27 21 938 0483  
e-mail: hschoema@eagle.mrc.ac.za

Dr Mukund Uplekar  
Fondation pour la Recherche en Santé  
communautaire  
84A R.G. Thadani Marg, Worli  
Bombay 400 018, Inde  
tel: 91 22 493 86 01/493 4989  
fax: 91 22 496 88 96  
e-mail: frchbom@bom2.vsnl.net.in

#### **FACILITATORS/ MENTORS:**

Dr Nils E. Billo, MPH  
Directeur exécutif  
Union internationale contre la Tuberculose et  
les Maladies respiratoires  
68 Boulevard Saint-Michel  
75006 Paris, France  
tel: 33 1 44 32 03 60  
fax: 33 1 43 29 90 87  
e-mail: 106240.3543@compuserve.com

Dr Amy Bloom  
Conseiller technique  
Office of Health and Nutrition, USAID  
G/PHN/HN/HIV, SA-18, Ste 1200  
Washington, D.C. 20523-1817  
Etats-Unis d'Amérique  
tel: 1 703 875 4648  
fax: 1 703 875 4686  
e-mail: abloom@usaid.gov

Dr Pierre Chaulet  
Medical Officer  
Programme mondial de Lutte contre la  
Tuberculose  
Unité d'Appui aux Programmes nationaux  
Organisation mondiale de la Santé  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Genève 27, Suisse  
tel: 41 22 791 2533  
fax: 41 22 791 4199

Dr Thomas Kenyon (CDC)  
Directeur du Projet BOTUSA TB  
P.O. Box 90  
Gaborone, Botswana  
tel: 267 301 696  
fax: 267 373 117  
e-mail: 100100.3153@compuserve.com

Dr Dermot Maher  
Medical Officer  
Programme mondial de Lutte contre la  
Tuberculose  
Unité de Recherche et de Surveillance  
Organisation mondiale de la Santé  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Genève 27, Suisse  
tel: 41 22 791 2626  
fax: 41 22 791 4199  
e-mail: maherd@who.ch

Dr Eugene McCray  
Chef du Service de Surveillance de la  
Tuberculose  
Centers for Disease Control  
1600 Clifton Road, Mail Stop E-10  
Atlanta, GA 30333  
Etats-Unis d'Amérique  
tel: 1 404 639 8117  
fax: 1 404 639 5957  
e-mail: ecml@cpstb1.em.cdc.gov

Dr F. Mubiru  
Consultant de l'ONUSIDA  
The AIDS Support Org. (TASO) Mulago  
P.O. Box 10443, Kampala, Ouganda  
tel: 256 4 1 530034  
tel/fax: 256 4 1 530188

Dr Mario Raviglione  
Medical Officer  
Programme mondial de Lutte contre la  
Tuberculose  
Unité de Recherche et de Surveillance  
Organisation mondiale de la Santé  
20, Avenue Appia  
CH-1211 Genève 27, Suisse  
tel: 41 22 791 2663  
fax: 41 22 791 4199  
e-mail: raviglione@who.ch

Dr Jeroen van Gorkom  
KNCV  
P.O. Box 146  
2501 CC, La Haye  
Pays-Bas  
tel: 31 70 354 3843/  
31 70 358 4004  
e-mail: kncvtbc@pi.net

## COUNTRY PARTICIPANTS:

### Botswana

Ms Sinah Chaba  
Directeur adjoint du programme de lutte  
contre le SIDA  
Private Bag 00451  
Gaborone, Botswana  
tel: 267 323148  
fax: 267 323147

Dr Grace Munyadzwe Gabe  
Projet BOTUSA TB et  
Médecin  
P.O. Box 40030  
Gaborone, Botswana  
tel: 267 322181 (domicile)  
tel: 267 353221 (bureau)

### Kenya

Dr Joel K. Kangangi  
Médecin responsable de la lutte contre la  
lèpre et la tuberculose dans la Province  
orientale  
P.O. Box 273, Embu, Kenya  
tel: 254 2 30108/20487  
fax: 254 2 727951  
e-mail: nlp@ken.healthnet.org

M John Muli  
Administrateur clinicien pour la lutte contre la  
tuberculose et la lèpre  
P.O. Box 19, Machakos, Kenya  
tel: 254 145 20166

### Malawi

Dr Lester Chitsulo  
Administrateur du programme national de  
lutte contre le SIDA  
P.O. Box 30622  
Lilongwe 3, Malawi  
tel: 265 782 990 / 782 620  
fax: 265 782 687  
e-mail: llaid@mlw.healthnet.org

Prof A. Harries  
c/o British High Commission  
P.O. Box 30042  
Lilongwe, Malawi  
tel: 265 723 221  
fax: 265 781 010 or 782 657

Mr N.B.T. Mphasa  
Administrateur clinicien  
Responsable régional adjoint pour la  
recherche sur la tuberculose  
P.O. Box 95  
Lilongwe, Malawi / tel: 265 235 200

Mr Felix Salaniponi  
Administrateur du PNT  
Private Bag 65  
Lilongwe, Malawi  
tel: 265 744177 or 265 740749  
fax: 265 740882

### Namibia

Mme Isabel Haingura  
DTC, district de Rundu  
Région de Kavango  
tel: 264 67 255025 ext 201  
fax: 264 67 255079

Mme Rosalia Indongo  
Administrateur du Programme NTCP  
Private Bag 13189  
Windhoek, Namibie  
fax: 264 61 2032321 (bureau)  
fax: 264 61 232307 (domicile)

### Afrique du Sud

M Lyndon Barends  
Administrateur du projet  
CHASA TB Alliance  
P.O. Box 963, Parow, 7500  
Afrique du Sud  
tel: 27 21 930 2332  
fax: 27 21 930 5616

Desirée Fransman  
Chargée de recherche  
University of Cape Town  
Department of Paediatrics and Child Health  
Child Health Unit  
46 Sawkins Road  
Rondebosch 7700, Afrique du Sud  
tel: 27 21 685 4103  
fax: 27 21 689 5403  
e-mail: des@rmh.uct.ac.za

### **Ouganda**

Dr F. Adatu  
Ministère de la Santé  
Programme national de lutte contre la  
tuberculose  
PO Box 16069  
Wandegeya, Kampala, Ouganda  
e-mail: ntlp@imul.com

Dr Thomas Aisu  
Ministère de la Santé, Hôpital Mulago et  
Programme national de lutte contre la  
tuberculose  
PO Box 16069  
Wandegeya, Kampala, Ouganda  
tel: 256 41 250 487  
fax: 256 41 530 412

Dr Giuliano Gargioni  
Coopération italienne  
NTLP Ouganda  
P.O. Box 6785  
Kampala, Ouganda  
e-mail: gargioni@imul.com

Dr Lorna Nshuti Kijjambu  
Programme national de lutte contre la  
tuberculose et la lèpre  
Western Zone  
P.O. Box 191  
Fortportal  
tel: 256 483 22649

M Mark Mugenyi  
DTLS Kiboga  
P.O.Box 17  
Kiboga, Uganda  
tel: 256 046 2612

Dr Okot Nwang  
Département de Médecine  
Unité de la Tuberculose  
Université Makerere  
P.O. Box 7051  
Kampala, Ouganda  
e-mail: acook@healthnet.org  
fax: 256 41 530024

Dr Rosemary Odeke  
Ministère de la Santé  
Programme national de lutte contre la  
tuberculose  
PO Box 16069  
Wandegeya, Kampala, Ouganda  
tel: 256 41 20487  
e-mail: aptulip@imul.com

Professeur John Rwomushana  
Commission ougandaise de lutte contre le  
SIDA  
P.O. Box 10779 Kampala, Ouganda  
tel: 256 41 243930/566176  
fax: 256 41 258173

M Peter Ssebbanja  
TASO  
P.O. Box 10443  
Kampala, Ouganda  
tel: 256 41 566701/4  
fax: 256 41 566702

### **Zambia**

Dr Piet Reijer  
Coordonnateur pour la lutte contre le SIDA  
Diocèse catholique de Ndola  
P.O. Box 70244, Ndola, Zambia  
tel: 260 2 613146  
fax: 260 2 620630 or 260 2 617868  
e-mail: healdept@zamnet.zm

Dr Mwendaweli Maboshe  
Programme national de lutte contre la  
Tuberculose et la lèpre  
Ministère de la Santé, Ndeke House  
P.O. Box 30205  
Lusaka, Zambia  
tel: 260 253179/82

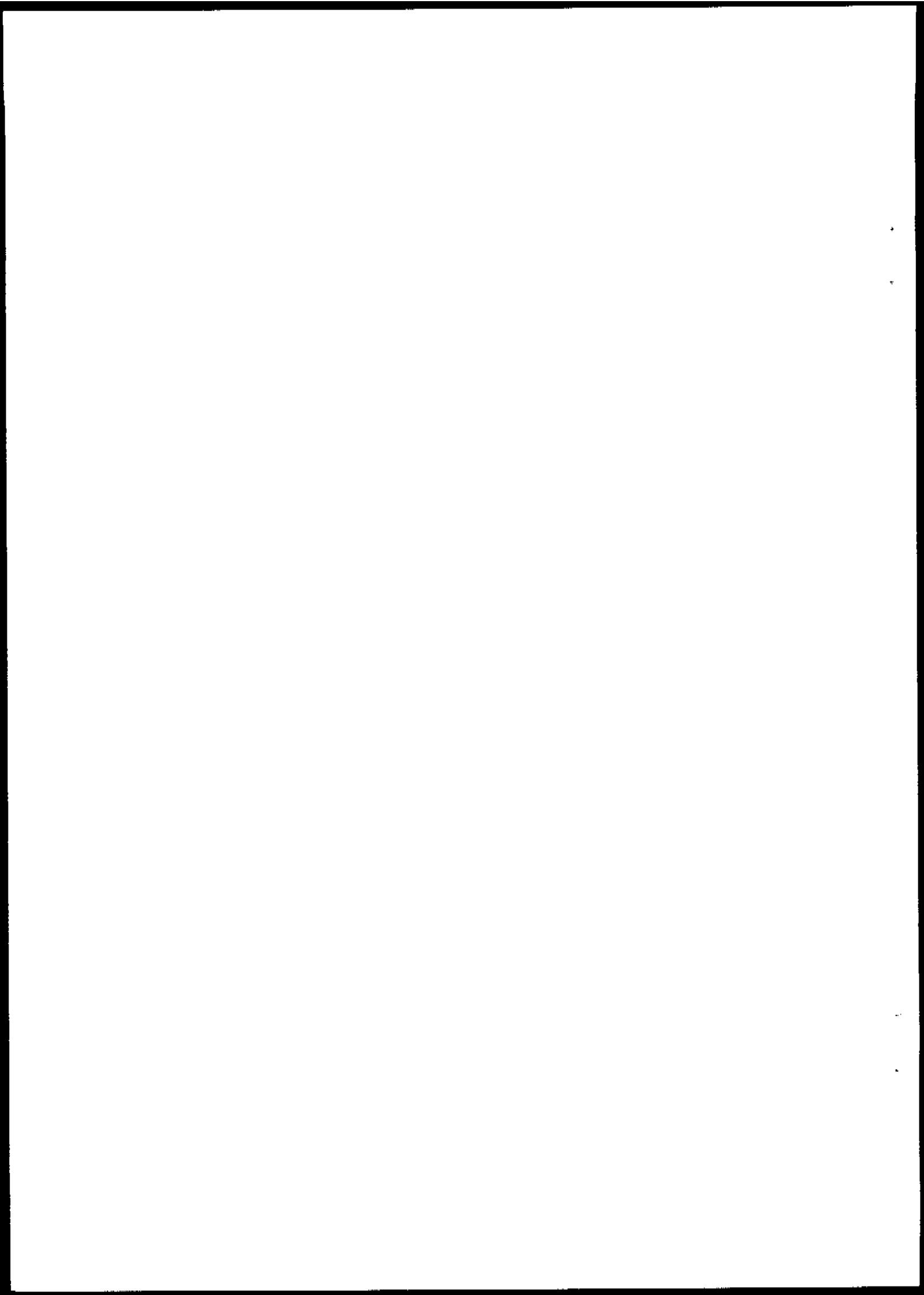
Dr Simon Miti  
Médecin de district  
Département de la Santé publique  
P.O. Box 71943  
Ndola, Zambia  
tel: 260 611889/90, fax: 260 615026

Mme Vainess Mfungwe  
Cordonnateur de district pour la lutte contre la  
tuberculose et la lèpre  
Département de la Santé publique  
P.O. Box 71943  
Ndola, Zambie  
tel: 260 611889/90; fax: 260 615026

**PERSONNEL D'APPUI:**

Mme Andrea Braza Godfrey  
Unité de Recherche et de Surveillance  
Programme mondial de Lutte contre la  
Tuberculose  
Organisation mondiale de la Santé  
20, Avenue Appia, CH-1211 Genève 27  
Suisse  
tel: 41 22 791 2680 / fax: 4199  
e-mail: godfrey@who.ch

Mme Zitta Nadunga  
c/o WHO Representative  
Ouganda



**Atelier de mise au point des protocoles pour le  
projet de soins aux tuberculeux dans la communauté en Afrique  
Entebbe, Ouganda, 11-21 novembre 1996**

**Ordre du jour**

<b>Lundi, 11.11</b>	8 heures-9 heures	Séance d'information à l'intention des auteurs d'exposés et des animateurs Lecture des documents par les participants	Auteurs d'exposés, animateurs Participants
	9 heures-10 heures	Présentations	
	10 heures-10 h 30	Pause	
	10 h 30-11 heures	Formalités d'ouverture	Auteurs d'exposés, animateurs, participants, secrétariat
	11 heures-11 h 30	Justification, buts et objectifs du projet	D. Maher
	11 h 30-12 heures	Aperçu du plan de travail, de la méthodologie et des résultats du projet	D. Maher
	12 heures-12 h 30	Possibilité d'intégrer la lutte contre la tuberculose dans les projets communautaires	E. Maganu
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-14 heures	La tuberculose et le VIH dans la Région	M. Raviglione
	14 heures-14 h 30	Les soins communautaires en Afrique : situation et possibilités	N. Kaleeba
	14 h 30-15 heures	Examen des soins aux tuberculeux dans le cadre des projets communautaires de lutte contre le VIH/SIDA : mission OMS d'octobre 1995	M. Raviglione
	15 heures-15 h 30	Pause	
	15 h 30-16 h 15	Principes de la lutte antituberculeuse essentiels pour une bonne intégration des soins aux tuberculeux dans la communauté	N. Billo
	16 h 15-17 heures	Soins aux tuberculeux intégrés	P. Chaulet
17 heures-17 h 15	Séance de rétro-information		
<b>Mardi, 12.11</b>	8 heures-9 heures	Séance plénière : Défis et obstacles à l'intégration de la lutte antituberculeuse dans les projets de soins communautaires, notamment questions d'éthique et de sécurité	Président : E. Maganu
	9 heures-9 h 30	Intégration de la prise en charge de la tuberculose dans les soins communautaires : expériences de Ndola et CHASA	
	9 h 30-10 h 15	Introduction à la mise au point d'un protocole de recherche	N. Billo
	10 h 15-10 h 45	Pause	
	10 h 45-11 h 15	Rédaction du texte sur l'historique, de la justification et des objectifs du projet dans	E. McCray

		l'élaboration d'un protocole	
	11 h 15-12 h 30	Groupes de pays : questions étudiées, historique, justification et objectifs	
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-15 h 30	Groupes de pays : questions étudiées, historique, justification et objectifs (suite)	
	15 h 30-16 heures	Pause	
	16 heures-17 heures	Séance plénière : consensus sur les questions et objectifs de recherche (mise au point des objectifs essentiels pour tous les pays étudiés)	Président : J. van Gorkom
	17 heures-17 h 15	Séance de rétro-information	
<b>Mercredi 13.11</b>	8 heures-10 heures	Groupes de pays : comment créer un groupe communautaire et susciter l'intérêt de la communauté et moyens de s'attaquer aux problèmes perçus par la communauté, les patients, les volontaires et les prestataires de soins	
	10 heures-10 h 20	Pause	
	10 h 20-11 heures	Mise au point d'une intervention I : comment susciter et maintenir l'intérêt de la communauté	N. Kaleeba
	11 heures-12 heures	Groupes de pays : comment créer un groupe communautaire et susciter l'intérêt de la communauté et moyens de s'attaquer aux problèmes perçus par la communauté, les patients, les volontaires et les prestataires de soins (suite)	
	12 heures-12 h 30	Séance plénière	Président : A. Bloom
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-14 h 30	Mise au point d'une intervention II : principes des programmes de lutte antituberculeuse à prendre en compte pour la mise au point d'une intervention efficace (dépistage, diagnostic, traitement, distribution des médicaments, enregistrement et notification)	B. Fourie/P. Chaulet
	14 h 30-15 h 30	Groupe de pays : dépistage, diagnostic, traitement, distribution des médicaments, enregistrement et notification	
	15 h 30-16 heures	Pause	
	16 heures-17 heures	Groupe de pays : dépistage, diagnostic, traitement, distribution des médicaments, enregistrement et notification (suite)	
	17 heures-17 h 15	Evaluation des deux premières journées	
<b>Jeudi, 14.11</b>	8 heures-9 heures	Séance plénière : dépistage, diagnostic, traitement, distribution des médicaments, enregistrement et notification	Président : F. Adatu
	9 heures-9 h 30	Suivi et supervision	P. Chaulet
	9 h 30-10 heures	Prise en charge des maladies liées au VIH	A. Harries

	10 heures-10 h 30	Pause	
	10 h 30-11 h 30	Groupe de pays : surveillance et supervision	
	11 h 30-12 h 30	Groupe de pays : prise en charge d'autres maladies liées au VIH	
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-15 heures	Groupe de pays : mise au point d'un modèle de soins intégrés où les services généraux de santé, le programme national antituberculeux et les groupes communautaires sont explicitement reliés entre eux	
	15 heures-15 h 15	Pause	
	15 h 15-16 heures	Groupe de pays : mise au point d'un modèle de soins intégrés où les services généraux de santé, le programme national antituberculeux et les groupes communautaires sont explicitement reliés entre eux (suite)	
	16 heures-17 heures	Séance plénière : surveillance et supervision, prise en charge des maladies liées au VIH et modèle de soins intégrés où les services généraux de santé, le programme national antituberculeux et les groupes communautaires sont explicitement reliés entre eux	
	17 heures-17 h 15	Evaluation des troisième et quatrième journées	
<b>Vendredi, 15.11</b>	8 heures-8 h 45	Evaluation I : stratégies de conception et mise au point schématique des moyens de mesurer les résultats	N. Binkin
	8 h 45-10 h 15	Groupes de pays : mise au point d'une stratégie de conception	Président : A. Harries
	10 h 15-10 h 45	Pause	
	10 h 45-11 h 45	Evaluation II : acceptabilité (méthodes qualitatives d'évaluation de l'acceptabilité et du maintien dans le temps, par exemple groupes ciblés et études par observation)	N. Kaleeba
	11 h 45-12 h 30	Evaluation III : acceptabilité (méthodes quantitative d'évaluation de l'acceptabilité, par exemple enquêtes)	
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-15 h 30	Groupes de pays : méthodes et mesures permettant d'évaluer l'efficacité et l'acceptabilité	
	15 h 30-16 heures	Pause	
	16 heures-17 heures	Séance plénière : évaluations (efficacité et acceptabilité)	Président : F. Salaniponi
<b>Samedi, 16.11</b>	8 heures-9 heures	Gestion et analyse des données	E. McCray
	9 heures-10 heures	Introduction pratique à EPI INFO	T. Kenyon
	10 heures-10 h 15	Pause	
	10 h 15-11 h 15	EPI INFO (suite)	T. Kenyon
	11 h 15-12 h 15	Groupes de pays : mise au point des protocoles	

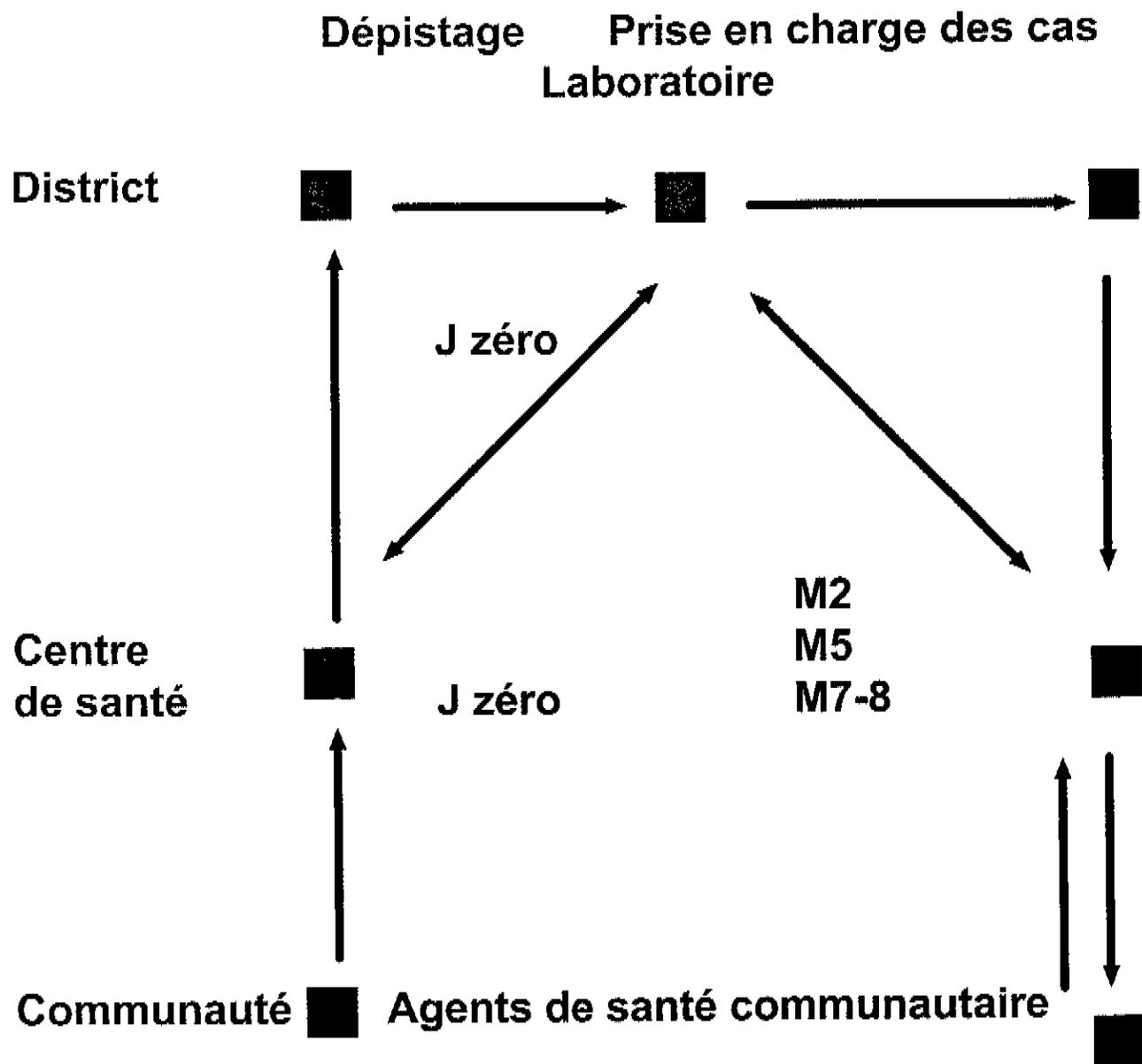
Plans pour la gestion et l'analyse des données

12 h 15-12 h 30 Evaluation des cinquième et sixième journées

<b>Lundi</b> 18.11	8 heures-8 h 30	Principes d'analyse économique	H. Sawert
	8 h 30-9 heures	Calcul des coûts	H. Sawert
	9 heures-9 h 30	Analyse coût/avantages	H. Sawert
	9 h 30-10 heures	Analyse coût/efficacité	H. Sawert
	10 heures-10 h 30	Pause	
	10 h 30-12 h 30	Groupes de pays : mise au point des protocoles Analyses économiques	
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-14 h 30	Groupes de pays : mise au point des protocoles Analyses économiques (suite)	
	14 h 30-15 h 30	Séance plénière : analyses économiques	Président : E. Nyarko
	15 h 30-16 heures	Pause	
16 heures-17 heures	Groupes de pays : poursuite de la mise au point des protocoles		
<b>Mardi,</b> 19.11	8 heures- 8 h 30	Introduction à la mise au point de stages de formation	A. Bloom
	8 h 30-10 heures	Groupes de pays : planification de la formation des volontaires et des superviseurs	
	10 heures-10 h 30	Pause	
	10 h 30-12 h 30	Groupes de pays : évaluation des besoins et mise au point des objectifs et stages de formation	
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-15 h 30	Groupe de pays : achèvement de la mise au point des protocoles	
	15 h 30-16 heures	Pause	
	16 heures-17 heures	Groupes de pays : achèvement de la mise au point des protocoles	
17 heures-17 h 15	Evaluation des septième et huitième journées		
<b>Mercredi,</b> 20.11	8 heures-10 heures	Groupes de pays : mise au point des protocoles	
	10 heures-10 h 30	Pause	
	10 h 30-12 h 30	Groupes de pays : mise au point des protocoles (suite)	
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-15 h 30	Groupes de pays : mise au point des protocoles (suite)	
	15 h 30-16 heures	Pause	
	16 heures-17 heures	Groupes de pays : mise au point des protocoles (suite)	

Jeudi, 21.11	8 heures-9 heures	Budgets, calendriers et rédaction de rapports Mise au point d'un plan de travail	E. Nyarko
	9 heures-10 heures	Groupes de pays : budgets, calendriers et rédaction de rapports	
	10 heures-10 h 30	Pause	
	10 h 30-12 h 30	Groupes de pays : mise au point des protocoles Mise au point définitive du projet de protocole	
	12 heures-12 h 30	Bilan	
	12 h 30-13 h 30	Déjeuner	
	13 h 30-15 h 30	Groupes de pays : mise au point des protocoles Mise au point définitive du projet de protocole (suite)	
	15 heures-15 h 30	Clôture	Président : E. Nyarko

# SOINS INTEGRÉS AUX TUBERCULEUX

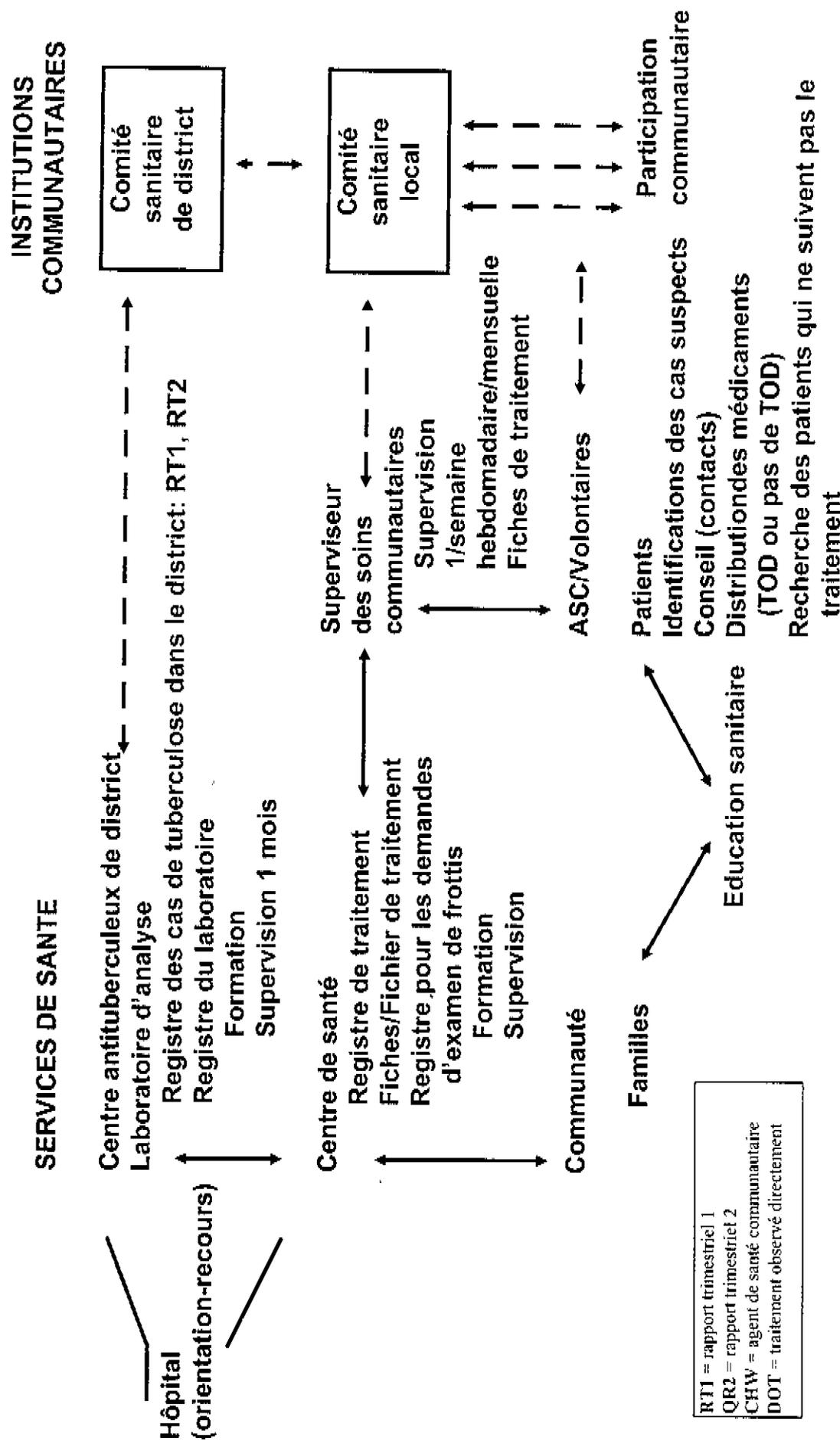


## Familles et patients

J zéro = jour d'enregistrement au début du traitement
M2 = 2e mois du traitement
M5 = 5e mois du traitement
M7-8 = 7e-8e mois du traitement

# Annexe 3, Figure 1 SOINS INTEGRES AUX TUBERCULEUX AU NIVEAU DU DISTRICT SOINS A ASSISE COMMUNAUTAIRE?

(Modèle WHO/TB/95-195 révisé)



RT1 = rapport trimestriel 1  
 QR2 = rapport trimestriel 2  
 CHW = agent de santé communautaire  
 DOT = traitement observé directement

## Annexe 4

**Projets de protocole préparés par les groupes de participants nationaux lors de l'atelier de mise au point des protocoles, organisé à Entebbe (Ouganda) du 11 au 21 novembre 1996 (textes disponibles sur demande):**

<u>Pays</u>	<u>Titre</u>
Afrique du Sud	Evaluation d'un programme de soins aux tuberculeux dans la communauté dans la Western Cape Province, Afrique du Sud.
Botswana	Protocole pour l'intégration des soins aux tuberculeux dans les soins communautaires à domicile au Botswana.
Kenya	Projet de soins aux tuberculeux dans la communauté dans le district de Machakos, Eastern Province, Kenya.
Malawi	Décentralisation des services urbains de soins aux tuberculeux au Malawi.
Namibie	Prestations des services liés à la tuberculose dans la région de Kavango, district de Rundu, Namibie: analyse de la situation et évaluation du potentiel de participation communautaire.
Ouganda	Prise en charge communautaire des cas de tuberculose en Ouganda moyennant un traitement directement suivi, stratégie de brève durée (protocole pour le district de Kiboga).
Zambie	Protocole: prise en charge de la tuberculose dans le district urbain de Ndola - programme Nkwazi de soins à domicile, Zambie.