



# **INTÉGRATION DES SOINS VIH & TB DANS LES PROJETS MSF**

**Aide à la mise en œuvre**

Document interne

Edition 2015

# **Intégration des soins VIH & TB dans les projets MSF**

**Aide à la mise en œuvre**

**Document interne**

Edition 2015

**Auteur**

Groupe de travail VIH/SIDA

**Coordinateur**

Suna Balkan

**Avec la participation de**

Arax Bozadjian, Helen Bygrave, Esther Casas, Cecilia Ferreyra, Caroline Henry, Cathy Hewison, Elisabeth Szumilin, Roger Teck

**Publié par**

Médecins Sans Frontières

**Conception et mise en page**

Evelyne Laissu

**Traduction**

Sylvie Goossens

© Médecins Sans Frontières, 2015

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés pour tous pays.

*Médecins Sans Frontières. Intégration des soins VIH & TB dans les projets MSF : aide à la mise en œuvre. Edition 2015.*

Réf. L007TUBM01EFP

# Introduction

À la suite de la réunion intersection sur la stratégie VIH en 2007, MSF s'est engagé à répondre aux questions suivantes :

1. Pourquoi devrions-nous inclure des soins VIH dans les projets MSF ?
2. Où devrions-nous inclure des soins VIH dans les projets MSF ?
3. Quels éléments inclure dans le cadre des soins VIH dans les projets MSF ?
4. Comment inclure les soins VIH dans les projets MSF ?

Bien que les recommandations cliniques et les protocoles soient intégrés dans les guides MSF/OMS existants, il est néanmoins nécessaire de fournir un cadre pratique pour faciliter la mise en œuvre des activités liées au VIH dans les projets MSF. Ce document vise à guider les chefs de mission, les coordinateurs médicaux, les référents médicaux et les coordinateurs de projet à travers ce processus. Notons que là où on inclut des soins VIH, il va de soi qu'il faut inclure aussi des soins TB, comme le veut l'approche intégrée de la gestion de la co-infection TB et VIH.

## Quelques principes

1. Ce document se veut un outil de «mise en œuvre» pour guider les équipes terrain sur OÙ, QUOI et COMMENT inclure les soins VIH/TB. Il vise à être en conformité avec les guides cliniques déjà existants et mis à jour.
2. Nous ne considérons pas le VIH/TB en tant que co-infection uniquement, mais aussi comme des maladies distinctes (TB sans VIH, VIH sans TB), dont les soins de TB pharmacorésistante.
3. Ce document s'applique aux projets se déroulant dans des contextes stables ou instables.
4. Les précautions universelles, la sécurité de la transfusion sanguine, la mise à disposition de la PPE, la distribution de préservatifs et la prise en charge des IST devraient être en place dans tout projet indépendamment de la prestation de soins VIH. Les dons de sang étant systématiquement soumis à un dépistage VIH, on demande systématiquement au donneur avant le don si il souhaite être informé du résultat du 1<sup>er</sup> test VIH. Si le patient est d'accord et si son premier test est positif, on l'orientera vers le centre de dépistage pour recevoir un pré et post counselling de qualité.

Les commentaires sont à adresser à [Suna.Balkan@paris.msf.org](mailto:Suna.Balkan@paris.msf.org) et au référent VIH/TB.

# Table des matières

Abréviations et acronymes .....	5
1. Pourquoi devons-nous inclure les soins VIH et TB dans les projets MSF ? .....	7
2. Où inclure des soins VIH et TB dans les projets MSF ? .....	8
3. Quels éléments inclure dans le cadre des soins VIH dans les projets MSF ? .....	9
4. Comment inclure les soins VIH et TB ? Stratégies de mise en oeuvre .....	12
4.1. Evaluation .....	12
4.2. Décider entre le paquet de soins VIH/TB minimum ou étendu .....	12
4.3. Où mettre en place le diagnostic, les soins et le traitement VIH ? .....	13
4.4. Organisation des services VIH/TB au niveau de l'hôpital et des centres de soins de santé primaires .....	14
4.5. De quoi ai-je besoin pour mettre en place des activités VIH et TB ? .....	16
4.6. Préparation pour inclure des activités VIH/TB activités dans un projet MSF de routine .....	20
5. VIH et TB dans les contextes instables .....	22
5.1. Le VIH en situation d'urgence .....	22
5.2. Plan d'urgence .....	23
6. Stratégie de sortie .....	24

## Annexes

1. Package élargi de soins VIH/TB .....	27
2. Outil d'évaluation de la situation VIH/TB .....	29
3. Liste des documents clés et guidelines disponibles .....	34
4. Données minimales de surveillance VIH .....	36
4bis. Données minimales de surveillance PTME .....	37
5. Exemple de chronogramme pour l'intégration des activités VIH/TB .....	38
6. Liste des articles pour la première commande médicale VIH/TB .....	40
7. Outil de commande ARV (MSF 2014) .....	42
7bis. Outil de commande de médicaments pour la TB pharmaco sensible (MSF 2014) .....	44
8. Etudes de cas d'Intégration de soins VIH/TB dans les projets MSF .....	46
9. Exemple de commande pour continuation des traitements ARV et TB en urgence .....	56
10. Plans d'urgence - Etudes de cas .....	57
11. Exemple d'un tableau de bord pour la passation des activités VIH/TB .....	60

## CD-ROM : Annexes

1. Package élargi de soins VIH/TB .....	PDF
2. Outil d'évaluation de la situation VIH/TB .....	Word
3. Liste des documents clés et guidelines disponibles .....	PDF
4. Données minimales de surveillance VIH .....	Excel
4bis. Données minimales de surveillance PTME .....	Excel
5. Exemple de chronogramme pour l'intégration des activités VIH/TB .....	Excel
5bis. Chronogramme général pour l'intégration des activités VIH/TB .....	Excel
6. Liste des articles pour la première commande médicale VIH/TB .....	Excel
7. Outil de commande ARV (MSF 2014) .....	Excel
7bis. Outil de commande de médicaments pour la TB pharmaco sensible (MSF 2014) .....	Excel
8. Etudes de cas d'Intégration de soins VIH/TB dans les projets MSF .....	PDF
9. Exemple de commande pour continuation des traitements ARV et TB en urgence .....	Excel
10. Plans d'urgence - Etudes de cas .....	PDF
11. Exemple d'un tableau de bord pour la passation des activités VIH/TB .....	Excel

## Abréviations et acronymes

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ADF	Association à Dose Fixe
ARV	AntiRetroViral
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudine
BAAR	Bacilles Acido Alcool Résistants
CDIS	Conseil et Dépistage à l'Initiative du Soignant
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CDVIH	Conseil et Dépistage du VIH
CNM	Cryptococcose Neuro-Méningée
CMA	Consommation Mensuelle Anticipée
CNTA	Centre Nutritionnel Thérapeutique Ambulatoire
CNTI	Centre Nutritionnel Thérapeutique Intensif
CPN	Consultation PréNatale
CQ	Contrôle de Qualité
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge Virale
DRV/r	Darunavir/ritonavir
E	Ethambutol
EFV	Efavirenz
EID	Early Infant Diagnosis (Diagnostic Précoce du Nourrisson)
ETME	Elimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant
FM(STP)	Fonds Mondial (de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme)
GDF	Global Drug Facility
H	Isoniazide
HBV	Hépatite B Virus (Virus de l'Hépatite B)
HCV	Hépatite C Virus (Virus de l'Hépatite C)
IEC	Information Education Communication
IO	Infection Opportuniste
IP	Inhibiteur de Proteases
IST	Infection Sexuellement Transmissible
KA	Kala-Azar
LAM	LipoArabinoMannan
LFA	Lateral Flow Assay
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
LRA	Lord's Resistance Army (Armée de Résistance du Seigneur)
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère

MS	Ministère de la Santé
MTB	Mycobacterium Tuberculosis
NVP	Nevirapine
OCA	(MSF) Operational Center Amsterdam
OCBA	(MSF) Operational Center Barcelona
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCR	Réaction en chaine par polymérase (Polymerase Chain Reaction)
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PI	Prévention des Infections
PIH	Partners In Health
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PoC	Point of Care (« au chevet du patient »)
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PQ	Préqualifié/préqualification
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Patients Vivant avec le VIH
R/RIF	Rifampicine
RH	Ressources Humaines
S	Streptomycine
S&E	Suivi & Evaluation
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SK	Sarcome de Kaposi
SRA	Stringent Regulatory Authority (Autorité de Règlementation Rigoureuse)
SSP	Soins de Santé Primaires
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TAR(HA)	Thérapie AntiRétrovirale (Hautement Active)
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multi Résistante
TB-UR	Tuberculose Ultra Résistante
TBEP	Tuberculose Extra Pulmonaire
TBP	Tuberculose Pulmonaire
TDF	Ténofovir
TDR	Test de Diagnostic Rapide
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TPI	Traitement Préventif par l'Isoniazide
TSS	Tache de Sang Séché
VIH	Virus de l'Immunodéficiency Humaine
Z	Pyrazinamide
ZN	Ziehl Neelsen

## 1. Pourquoi devons-nous inclure les soins VIH et TB dans les projets MSF ?

**En 2014, MSF a réaffirmé son engagement** (Plan Stratégique de MSF international sur le VIH/SIDA pour 2014-2017) **dans la lutte contre les épidémies de VIH/SIDA et de TB, avec une attention particulière pour les contextes où les populations ont une absence ou un faible accès à la prévention, au dépistage, aux soins et aux traitements VIH et TB :**

- MSF doit promouvoir l'intensification de la prévention, des soins et du traitement du VIH dans ces contextes.
- Cela devrait être réalisé grâce à de nouveaux programmes axés sur le VIH, ainsi qu'à l'inclusion d'un package VIH/TB dans tous les projets MSF où cela est pertinent.
- Assurer l'accès au dépistage, soins et traitement du VIH dans les projets pédiatriques et nutritionnels.
- En situation d'urgence et au sein de populations déplacées, MSF doit assurer au minimum la continuité des soins et du traitement VIH/TB. Dès que possible, un package complet de prévention, soins et traitement VIH/TB doit être fourni.
- MSF doit renforcer la prise en charge intégrée du VIH et de la TB, dont la TB pharmacorésistante.

**Le Policy Paper TB de MSF en 2014 a réaffirmé son engagement à s'efforcer à fournir des soins efficaces pour les patients TB en toute situation**, y compris dans les situations de conflit, avec une attention particulière aux populations les plus vulnérables (enfants, patients infectés par le VIH, prisonniers, personnes déplacées, migrants). Les soins TB devraient inclure la TB pharmacorésistante et des schémas thérapeutiques courts simplifiés pour la TB-MR doivent être envisagés dans les environnements instables.

Malgré un grand effort en termes de couverture TAR dans de nombreux pays, il restait encore, fin 2013, plus de 40% des patients éligibles n'ayant pas accès au traitement ARV. Le taux de couverture TAR est également très variable selon les pays, allant de 80% (Zambie, Swaziland) à moins de 20% (RCA, RDC, Soudan). Dans beaucoup de ces pays à faible couverture TAR, MSF est en charge de projets conséquents et souvent à grande échelle.

Bien que des progrès aient été accomplis pour atteindre les objectifs mondiaux de réduction des nouveaux cas de TB (réduction de 2,2% entre 2010 et 2011) et de la mortalité liée à la TB (diminution de 41% depuis 1990), le poids de la TB demeure immense et l'incidence croissante de la TB pharmacorésistante un souci majeur.

## 2. Où inclure des soins VIH et TB dans les projets MSF ?

Des efforts doivent être faits pour fournir des soins VIH au minimum dans les projets MSF où la prévalence du VIH dans la population adulte est  $\geq 1\%$ , et des soins TB où l'incidence de la TB dépasse 20/100.000/an. Dans ces contextes, la mise en place de soins VIH/TB doit faire partie du package de soins de santé de base.

- **Lorsque les services VIH/TB sont accessibles, mais de mauvaise qualité :**
  - Renforcer la qualité des soins des services VIH/TB existants, avec un accent particulier sur la PTME et les soins pédiatriques.
  - S'aligner sur les protocoles nationaux VIH/TB si conformes aux recommandations de l'OMS. Sinon, viser la mise en place des recommandations internationales et plaider pour le changement.
  - Faire pression pour fusionner les services VIH et TB afin de faciliter la prise en charge intégrée des personnes avec les deux infections.
- **Lorsque les services VIH/TB ne sont pas accessibles ou trop éloignés :**
  - Mettre en place des services VIH/TB selon le package minimum de soins (voir page suivante).
  - Dispenser des services de PTME, en utilisant des protocoles OMS/MS avec au moins le package minimum PTME, dans tout programme MSF impliqué dans les CPN et/ou les accouchements et/ou les consultations post-natales. S'aligner sur les protocoles nationaux VIH/TB et PTME si existants et conformes aux recommandations de l'OMS. Sinon, viser la mise en place des recommandations internationales et plaider pour le changement.
  - Effectuer un plaidoyer au niveau local et national, afin que les soins VIH/TB et PTME soient disponibles dans la zone de travail MSF et pris en compte dans les plans stratégiques.
- **Lorsque les services VIH/TB existants ont été interrompus (conflit ou autre situation d'urgence) :**
  - Prévention de l'interruption du traitement comme priorité immédiate à travers l'approvisionnement en médicaments TB et en ARV.
  - Viser à fournir des mesures de prévention, dont la PTME.
  - Dès que possible, et au plus tard lorsque la phase d'urgence aiguë est terminée, inclure dans le plan d'urgence une évaluation contextuelle minimale de la TB et du VIH, comprenant la cartographie des activités VIH/TB des partenaires locaux.
  - Mettre en place des services VIH/TB (package minimum de soins, voir page suivante).

### 3. Quels éléments inclure dans le cadre des soins VIH dans les projets MSF ?

En plus de la mise en place standard de mesures de prévention de base, qui devraient être disponibles dans tous les projets MSF<sup>a</sup>, MSF a défini le « **Package Minimum de Soins VIH** ». Il s'agit de la mise en place dans tous les projets MSF où cela est pertinent du counselling et dépistage du VIH (CDVIH), des traitements prophylactiques, des traitements vitaux pour les IO (y compris la TB) et des ARV. La mise en place peut se faire par étapes.

Le « **Package Elargi de Soins VIH** » réfère à une gamme plus large d'activités et d'outils, qui sera considérée au cas par cas par chaque section opérationnelle, en fonction du contexte et de la charge de travail liée au projet qui détermineront les ressources pouvant être investies dans les soins VIH/TB (voir Annexe 1).

Les projets ayant déjà mis en place le package minimum de soins peuvent sélectionner certains éléments du paquet élargi s'ils pensent être réalisables dans leur cadre d'action.

#### Package Minimum de Soins VIH

<b>Prévention</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Précautions universelles</li> <li>• Distribution de préservatifs</li> <li>• PPE</li> <li>• Sécurité de la transfusion sanguin</li> <li>• Prise en charge syndromique des IST.</li> <li>• PTME lorsque MSF est impliqué dans la CPN et/ou l'accouchement, y compris la PTME chez les femmes qui allaitent et n'ont pas bénéficié d'intervention lors de la CPN/accouchement</li> <li>• Prévention et Contrôle des infections</li> </ul>
<b>Dépistage VIH</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage du VIH chez tous les patients TB</li> <li>• Dépistage du VIH chez les enfants souffrant de MAS et nécessitant une hospitalisation</li> <li>• Dépistage du VIH en CPN et durant le travail</li> <li>• CDIS avec consentement du patient, pour les adultes hospitalisés suspects de VIH</li> <li>• CDIS avec consentement du patient, pour les patients suspects de VIH dans d'autres services de soins (consultation externe, CNTA, hospitalisation pédiatrie générale)</li> <li>• Dépistage des enfants exposés au VIH &lt; 18 mois, lorsque les signes cliniques sont suggestifs du VIH<sup>b</sup></li> </ul>
<b>Soins pré-TAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prophylaxie par le CTX</li> <li>• Dépistage clinique systématique de la TB</li> <li>• Traitement des IO communes</li> <li>• Dépistage intensif de la TB et TPI pour les enfants &lt; 5 ans en contact avec une TB active</li> </ul>

<sup>a</sup> Précautions universelles, sécurité des transfusions sanguines, distribution de préservatifs, traitement des IST, prophylaxie post-exposition pour l'exposition au sang du personnel ou après un viol (PPE).

<sup>b</sup> Si le TDR est positif, le TAR peut être démarré sans confirmation ADN. Le statut final sera déterminé par TDR lorsque l'enfant aura > 18 mois et que 6 semaines se seront écoulées après le fin de l'allaitement.

<b>Eligibilité au TAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 5 ans : stade clinique (OMS stade III et IV)</li> <li>• &lt; 5 ans : tous les enfants VIH+, indépendamment du stade clinique</li> <li>• Femmes enceintes : toutes les femmes enceintes VIH+, indépendamment du stade clinique</li> </ul>
<b>Schéma thérapeutique ARV</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en considération le protocole du MS</li> <li>• Si aucun protocole du MS :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Première ligne TAR pour les adultes et femmes enceintes : TDF/3TC/EFV</li> <li>– Première ligne TAR pour les enfants : AZT/3TC/NVP ou ABC/3TC + NVP</li> <li>– Première ligne TAR pour les enfants &lt; 3 ans lorsque la formulation appropriée de LPV/r sera disponible (2016) : AZT/3TC ou ABC/3TC + LPV/r</li> </ul> </li> </ul>
<b>PTME dès que "MSF" est impliqué dans des activités de santé reproductive<sup>c</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre le protocole du MS</li> <li>• Si aucun protocole du MS : Option B/B +</li> <li>• Donner le TAR pendant la période à risque de transmission (option B) ou à vie (option B +)</li> </ul>
<b>Dépistage et diagnostic de la TB</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triage selon la toux de tous les patients du Centre de soin</li> <li>• Dépistage clinique de tous les patients VIH+ et contacts TB</li> <li>• Accès à l'examen microscopique des crachats pour la recherche des BAAR ou au GeneXpert (sur place ou par envoi d'échantillons)</li> <li>• Algorithmes de diagnostic clinique (TBP et TBEP à frottis négatifs)</li> <li>• Diagnostic présomptif de TB pour les enfants suspects grâce à l'utilisation d'un algorithme spécifique</li> </ul>
<b>Traitement TB</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement TB standard avec dosage adapté pour les enfants : 2RHZE/4HR (ou 2RHZE/10RH en cas de méningite ou de maladie ostéo-articulaire)</li> <li>• Soutien au traitement TB auto-administré et aux soins ambulatoires</li> <li>• Disponibilité au cas par cas du traitement de 9 mois pour la TB pharmacorésistante (contacter votre référent VIH/TB)</li> </ul>
<b>Observance, éducation thérapeutique du patient et support</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de la santé &amp; IEC à intégrer aux activités existantes</li> <li>• Education thérapeutique du patient et counseling lié à l'observance à chaque étape<sup>d</sup> : agenda du patient pour les rendez-vous et notification rapide des absents et/ou patients retardés</li> <li>• Evaluation de l'observance basée sur l'auto-déclaration</li> </ul>

<sup>c</sup> Voir le package minimum PTME dans *Directives for PMTCT implementation as part of ANC and Obstetric care in MSF programs*, SHR & AWG, October 2012.

<sup>d</sup> Préparation pré-TAR et counseling, soutien continu pour l'observance, renforcement de l'observance en fonction de la clinique et de l'histoire du patient.

<b>Outils biologiques de diagnostic et stratégies de suivi<sup>e</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 tests rapides VIH</li> <li>• Aucun examen biologique de référence ou de suivi du TAR n'est obligatoire pour fournir un traitement et des soins VIH</li> <li>• Identifier un laboratoire pour envoi des crachats suspects de TB : examen microscopique des frottis d'expectoration (ZN ou fluorescence) ou GeneXpert</li> <li>• Hémoglobine (AZT) avec Haemocue</li> </ul>
<b>Approvisionnement en médicaments, en supplément des médicaments essentiels déjà disponibles sur le terrain</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulations ARV adultes et pédiatriques</li> <li>• Prophylaxie : CTX adulte et pédiatrique, Isoniazide pédiatrique</li> <li>• Traitement TB adulte et pédiatrique de première ligne et Pyridoxine</li> <li>• Médicaments pour les IO : CTX, Fluconazole, Acyclovir</li> <li>• Traitement TB de deuxième ligne sur base ad hoc<sup>f</sup></li> <li>• Aliments thérapeutiques</li> </ul>
<b>Collecte et suivi des données</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer l'intégration dans le système de suivi et d'évaluation du MS</li> <li>• Carte du patient VIH et carte du patient TB</li> <li>• Registres papier (CDV, registres pré-TAR et TAR pour les cohortes &lt; 500 patients, registres ANC, registres de patients TB et registres de laboratoire pour les patients TB)</li> <li>• Rapports pour les indicateurs essentiels : rapport trimestriel standard TB, rapport VIH, rapport PTME</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de RH supplémentaires</li> <li>• Si nécessaire, soutien temporaire pour la mise en place</li> </ul>

<sup>e</sup> Prestation de services de laboratoire: seuls quelques examens biologiques en plus de ceux déjà disponibles dans le programme peuvent être nécessaires pour diagnostiquer les IO et démarrer le TAR (ex. CD4, encre de Chine ou LFA). Aucun test de laboratoire n'est obligatoire (en dehors du test VIH) et l'absence d'examens biologiques ne doit pas constituer un frein à l'initiation du TAR et à la prise en charge VIH/TB des patients.

<sup>f</sup> L'approche de l'accès au traitement de la TB pharmacorésistante peut différer entre sections, discutez avec votre référent VIH/TB.

## 4. Comment inclure les soins VIH et TB ? Stratégies de mise en œuvre

### 4.1. Evaluation

Avant la mise en œuvre des activités liées au VIH/TB, procéder à une évaluation de la situation, du niveau des soins, du niveau de mise en œuvre des activités, des acteurs fournissant des soins VIH et/ou TB dans la région. Cela permettra au projet de dresser une carte de la situation et d'établir les priorités. Cette évaluation devrait faire partie de l'exploration et des discussions initiales lors de la mise en place d'un projet. L'outil d'évaluation (Annexe 2) aidera à collecter toutes les informations nécessaires à cette évaluation et à son analyse<sup>8</sup>.

Pour décider s'il est acceptable de référer des patients vers des structures existantes offrant des soins VIH/TB, il faut considérer les points suivants :

- les critères pour l'initiation du traitement sont correctes et en place ;
- approvisionnement adéquat en médicaments de qualité (dont les médicaments pédiatriques et de PTME) ;
- un minimum de suivi clinique et de suivi des données est assuré ;
- le site de référence proposé aux patients est accessible (en tenant compte des frais de transport).

### 4.2. Décider entre le paquet de soins VIH/TB minimum ou étendu

Si le MS ou d'autres acteurs fournissent des soins VIH/TB accessibles aux patients au sein de la zone du projet MSF, ceci doit être noté et précisé comme raison pour laquelle MSF ne devrait pas mettre en place d'activité indépendante. Une stratégie pourrait consister à soutenir le MS sur certains composants spécifiques liés aux activités VIH ou TB.

Selon les résultats de l'évaluation, la mise en œuvre d'activités VIH peut être introduite par étapes avec une possibilité d'expansion si nécessaire et possible (ex. : démarrer avec des soins ciblés pour les patients au stade 3 et 4 et les activités de PTME, puis étendre avec un CDV et initiation du TAR chez les adultes et enfants infectés mais asymptomatiques). La stratégie de mise en œuvre sera fortement définie par la stratégie de dépistage adoptée : dépistage de patients malades bénéficiant de services de soins ou dépistage de patients asymptomatiques qui souhaitent volontairement connaître leur statut. Le choix de la stratégie de dépistage dépendra du contexte et de la charge (charge de travail/capacité) des services du projet en cours.

Selon les résultats de l'évaluation, la mise en place d'activités TB peut être introduite pour remédier aux insuffisances : mauvaise qualité du laboratoire, médicaments de qualité non avérée, pénuries de médicaments et de réactifs, manque de formulations pédiatriques, schémas thérapeutiques inadéquats, etc.

**Une stratégie de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant (CDIS)** ciblera le dépistage du VIH pour les patients à suspicion d'infection par le VIH. Les cliniciens et le personnel médical identifient les patients avec des critères cliniques justifiant un CDVIH (ex. patients malades au stade 3 ou 4, patients TB, enfants hospitalisés souffrant de malnutrition sévère) qui seraient

---

<sup>8</sup> Une check-list pour l'évaluation d'un service TB est également disponible dans le guide *Tuberculose, MSF/PIH* édition 2014, Annexe 35 p.298.

éligibles au TAR sur base de l'évaluation clinique. Cette stratégie peut être utilisée lorsque les activités du projet présentent de nombreuses priorités (nutrition, pédiatrie, chirurgie, vaccination, hospitalisation) et elle constitue le package minimum de soins.

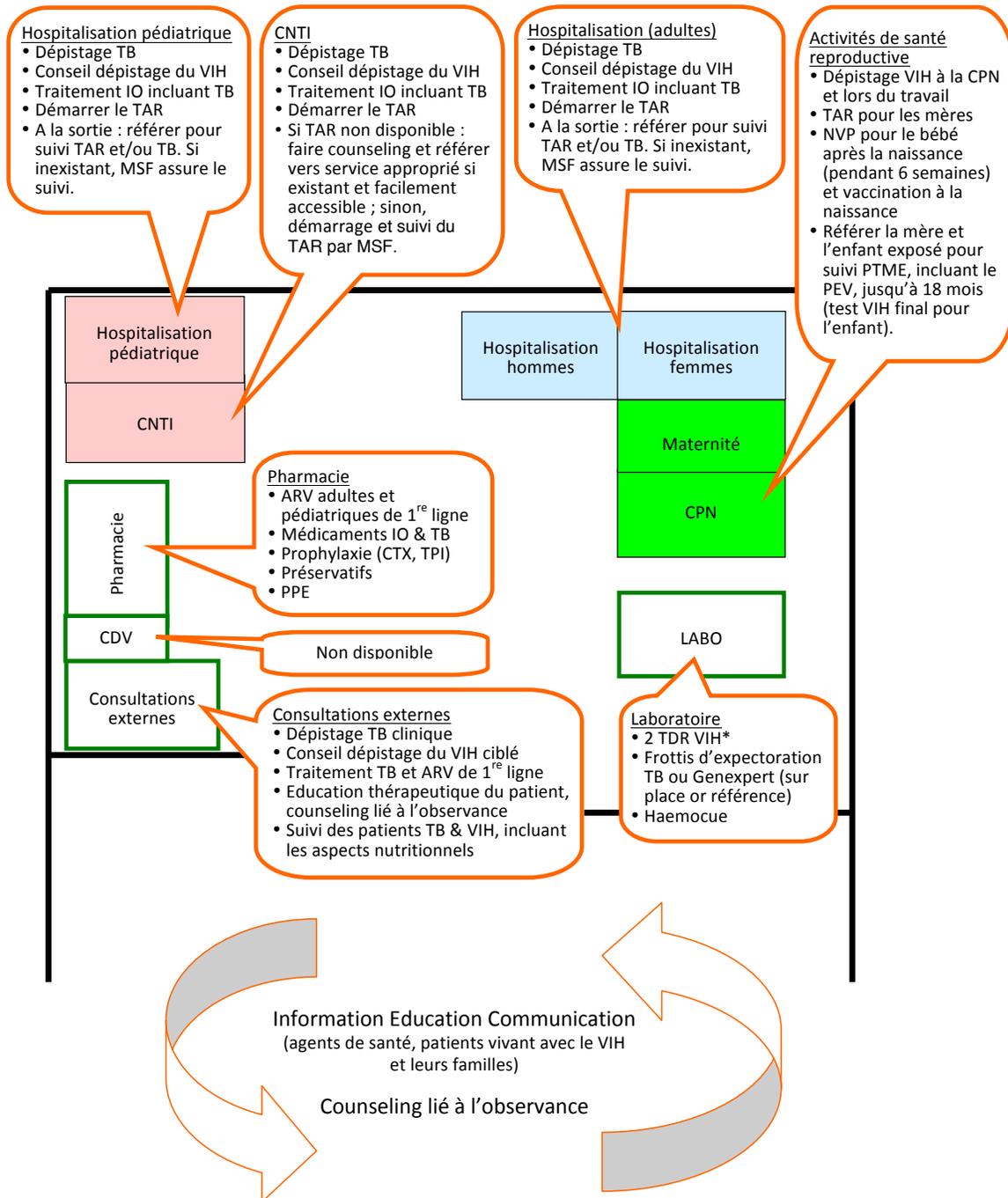
Le **Counseling et Dépistage Volontaire (CDV)** cible et offre un dépistage VIH à tout individu dans l'établissement de soins ou dans la communauté sur une base volontaire, et toutes les personnes éligibles seront mises sous traitement.

### ***4.3. Où mettre en place le diagnostic, les soins et le traitement VIH ?***

Par ordre de priorité :

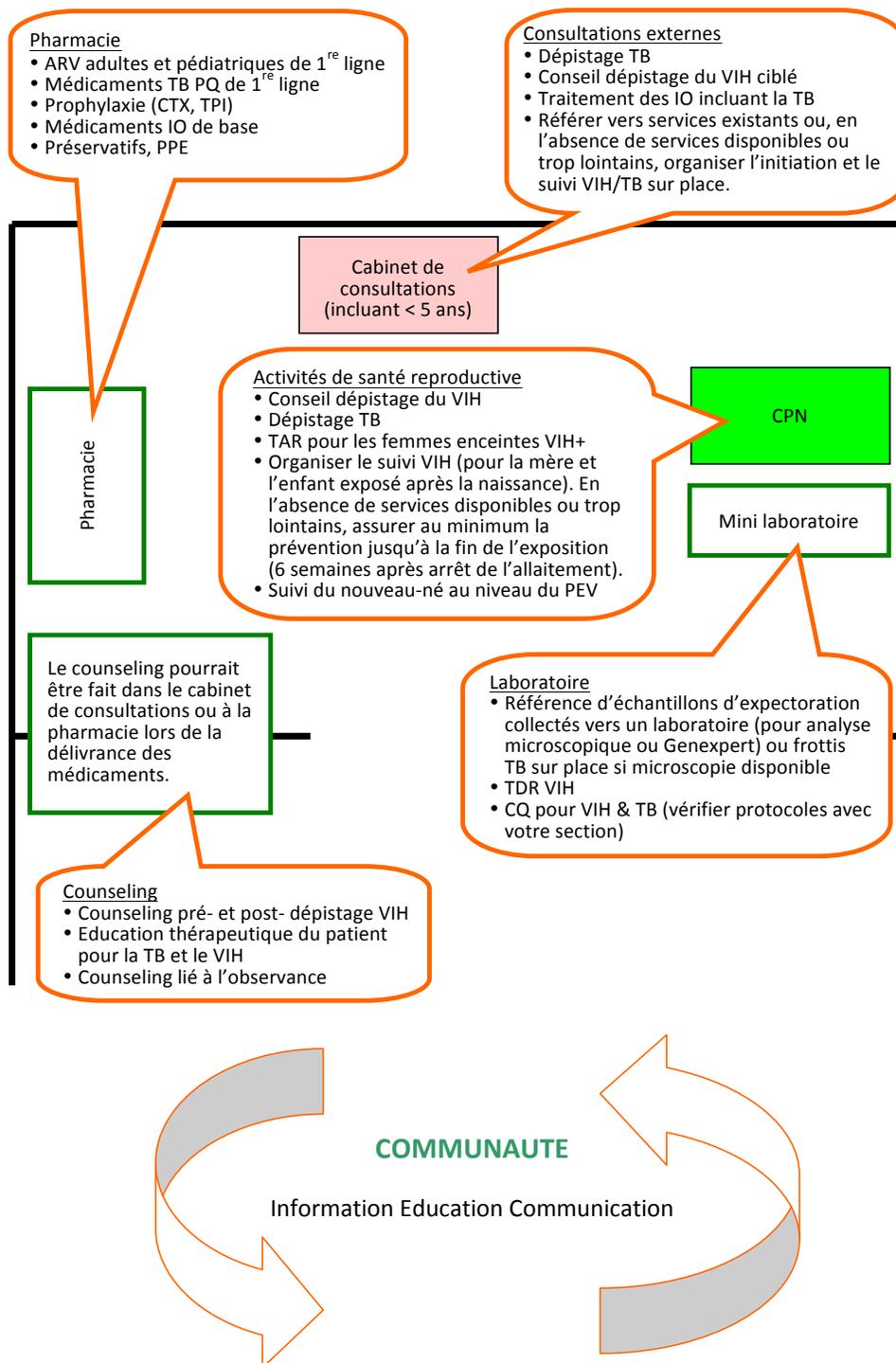
1. Département TB
2. CNTI
3. CPN et maternité
4. Service d'hospitalisation adulte et pédiatrique
5. CNTA et consultations externes

#### 4.4. Organisation des services VIH/TB au niveau de l'hôpital et des centres de soins de santé primaires



\* Protocoles VIH à discuter avec votre section car il pourrait y avoir des variations.

**Figure 1** : Exemple de Package Minimum d'activités VIH/TB au niveau hospitalier



**Figure 2** : Exemple de Package Minimum d'activités VIH/TB dans un centre de soins de santé primaires

### 4.5. De quoi ai-je besoin pour mettre en place des activités VIH et TB ?

Les ressources disponibles<sup>h</sup> sont listées dans l'Annexe 3.

#### • Dépistage VIH

Pour plus d'informations techniques sur les différents tests et procédures VIH, s'adresser au référent en laboratoire.

##### **Que faut-il mettre en place lorsque MSF est impliqué dans le dépistage du VIH ?**

- ✓ Formation du personnel au dépistage et au counseling : ces activités peuvent être effectuées par des infirmières, sages-femmes mais aussi par du personnel non médical tels que des agents de santé communautaires ou des pairs-conseillers ;
- ✓ Bonne attitude du personnel envers les patients VIH et volonté de fournir un soutien moral ;
- ✓ Procédures opérationnelles de dépistage (à discuter avec votre section) ;
- ✓ Tests et réactifs VIH disponibles ;
- ✓ Organisation du circuit du patient ;
- ✓ Système de contrôle de qualité (CQ) depuis le début (se référer à ce qui est disponible au niveau du MS et à votre référent en laboratoire) ;
- ✓ Système d'enregistrement papier de base pour la collecte des données (p.ex. nombre testé, nombre positifs, sexe, âge). Voir registres du MS.

#### • Dépistage et diagnostic de la TB

##### **Que faut-il mettre en place lorsque MSF est impliqué dans le dépistage de la TB ?**

- ✓ Formation du personnel au dépistage clinique et à la collecte d'expectorations ;
- ✓ Formation du personnel aux mesures de prévention et contrôle des infections ;
- ✓ Salle de consultation ventilée ;
- ✓ Microscopie des expectorations ou Xpert MTB/RIF (sur place ou envoi des échantillons au laboratoire de référence) ;
- ✓ Algorithmes standard pour le diagnostic des enfants et des patients à frottis négatifs ;
- ✓ Système de contrôle de qualité (CQ) ;
- ✓ Système d'enregistrement papier de base pour la collecte des données (registre de patients TB et registres de laboratoire).

#### • Consultation VIH et TB

Pour des informations techniques détaillées sur les protocoles cliniques, consulter les référents VIH/TB et les recommandations du pays.

Les soins VIH et TB avec dispensation d'ARV devraient idéalement être intégrés au sein des structures (services de consultations externes et d'hospitalisation) et des activités existantes, afin d'éviter la création d'un modèle vertical nécessitant des ressources supplémentaires. Cependant, dans les milieux à forte prévalence VIH et présentant un nombre élevé de patients, il peut être nécessaire de mettre en place une clinique séparée ou de consacrer un jour spécifique par semaine au VIH/TB.

<sup>h</sup> Sources d'information MSF utiles figurant dans l'annexe 6 et accessibles en ligne :  
Site web SAMU : [www.samumsf.org](http://www.samumsf.org) ; Bibop OCG : <http://bibop.ocg.msf.org/>

Une communication fréquente et des échanges réguliers entre les équipes médicales et les référents VIH/TB sont encouragés.

#### **Que faut-il mettre en place lorsque MSF est impliqué dans les soins VIH et TB ?**

- ✓ Formation clinique du personnel médical selon le niveau de soins. Délégation des tâches : les infirmières peuvent être formées à l'initiation et au suivi des patients sous TAR, cependant s'informer sur les réglementations locales. Un plaidoyer pour la délégation des tâches au niveau du district et au niveau du MS peut s'avérer nécessaire bien que de plus en plus de pays optent pour cette stratégie.
- ✓ Protocoles cliniques simplifiés ;
- ✓ Définition du flux de patients et assurer un minimum de prévention et contrôle des infections ;
- ✓ Education thérapeutique et counseling du patient pour assurer l'observance au traitement ;
- ✓ Mise en place d'un Agenda de rendez-vous des consultations qui permettra de répartir la charge de travail au niveau des consultations et d'identifier les patients qui ne sont pas venus ;
- ✓ Système de collecte de données (registres VIH, dossiers patients, etc.) : voir la section relative au suivi des données VIH/TB.

#### • **PTME**

##### **Que faut-il mettre en place lorsque MSF est impliqué dans la PTME ?**

- ✓ Protocoles cliniques simplifiés (l'option B+/B doit être encouragée) ;
- ✓ Formation du personnel médical (sages-femmes, infirmières, patients pairs ou ASC) sur la PTME et sur les notions élémentaires en VIH et TB ;
- ✓ Assurer une séance de counseling pré test VIH dans le flux des patients en CPN ;
- ✓ Assurer le lien/référence entre la CPN, le lieu où les femmes accouchent et le suivi post-natal ;
- ✓ Suivre les Procédures Intra-partum pendant le travail et l'accouchement (voir guide *PTME*, MSF 2015) ;
- ✓ Suivi des bébés exposés au VIH, incluant la vaccination, jusqu'à ce que le statut VIH définitif soit connu ;
- ✓ Planification familiale ;
- ✓ Système de suivi et de rapports mis en place (registre PTME, voir section S&E).

#### • **Education thérapeutique du patient, counseling VIH et TB et observance**

Le counseling est une composante cruciale des soins VIH et TB pour assurer l'efficacité du traitement et une amélioration de la qualité de vie des patients. Les activités de soutien à ces patients seront axées sur l'information, l'éducation et les aspects psychosociaux, à tous les stades, de la prévention au traitement. En temps normal, le counseling fera partie de la consultation et sera faite par la personne dispensant les soins. Lorsque la cohorte devient plus importante, les équipes devront s'adapter et explorer les possibilités d'organiser des sessions de counseling de groupe dans la salle d'attente et de faire participer des groupes de pairs.

**Que faut-il mettre en place lorsque MSF est impliqué dans le counseling VIH ?**

- ✓ Bonne attitude du personnel envers les patients VIH, capacité d'écoute et volonté d'apporter un soutien moral ;
- ✓ Formation du personnel médical (infirmières, sages-femmes, patients pairs ou ASC) sur le counseling lié à l'observance au traitement VIH ;
- ✓ Formation du personnel médical (infirmières, patients pairs ou ASC) sur le counseling lié au traitement TB ;
- ✓ Guides simplifiés pour le counseling ;
- ✓ Séance de counseling dans le circuit du patient (salle d'attente, en groupe, individuel) ;
- ✓ Check-list des thèmes à aborder à chaque séance de counseling ;
- ✓ Outils/documents de support pour le counseling doivent être disponibles tels que flip charts, dépliants, etc. ;
- ✓ Suivi de la qualité de cette intervention.

• **Gestion de données VIH et TB: Suivi et Evaluation**

Tous les projets ayant des activités VIH/TB devront recueillir une série minimum d'indicateurs afin de permettre le suivi de la qualité et de la mise en œuvre des activités. Par ailleurs cela permet une surveillance sentinelle en vue de possibles recherches opérationnelles.

Les outils de suivi et d'évaluation des patients du MS doivent être utilisés et/ou renforcés (registre TB, registre pré-TAR, registre TAR, registre CPN). Si aucun outil national n'existe, les cartes patients VIH et les registres simplifiés standard de l'OMS doivent être utilisés. La décision de sélection de l'outil le plus pertinent à mettre en place doit être prise avec le référent VIH/TB et le responsable de programme au niveau du siège.

Les outils de S&E doivent être adaptés au contexte local, au niveau de décentralisation, aux ressources disponibles, aux contraintes logistiques (électricité, transport) et à la disponibilité et l'accès continu à un support en informatique et en gestion de données.

Outils S&E	Opportunités	Défis
<p><b>Registres papier</b></p>	<p><b>VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idéal pour les petits centres avec un faible nombre d'inclusions</li> <li>• Largement disponibles dans la plupart des pays et souvent adoptés par le MS</li> <li>• Faciles à remplir</li> <li>• Solution immédiate en attendant les systèmes électroniques</li> <li>• Peu coûteux</li> </ul> <p><b>TB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essentiels pour la TB pharmaco-sensible</li> <li>• Simples à remplir et à analyser</li> <li>• Largement standardisé entre pays</li> </ul>	<p><b>VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficile d'assurer la qualité des données lorsque la taille de la cohorte &gt; 500 patients</li> <li>• Les rapports doivent être faits manuellement</li> <li>• Difficile de faire un suivi de la continuité des soins VIH (passage des soins pré-TAR aux soins TAR)</li> <li>• Difficile de faire une analyse de cohorte</li> </ul> <p><b>TB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les registres nationaux peuvent avoir besoin d'être adaptés</li> <li>• Des registres spécifiques sont nécessaires pour la TB pharmaco-résistante</li> <li>• Non adaptés pour le monitoring de plus de 20 patients TB pharmaco-résistants</li> </ul>

Outils S&E	Opportunités	Défis
<b>Registre électronique hors ligne</b> (ex. outil VIH/TB de OCA)	<b>VIH</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idéal pour les centres avec des nombres d'inclusions plus grands et croissants</li> <li>• Hors ligne, simple mais robuste</li> <li>• Permet de produire des rapports automatiques</li> <li>• Relativement peu coûteux</li> <li>• Permet de sauvegarder rapidement les données des registres papier</li> <li>• Peut aussi être utilisé pour les cliniques décentralisées si on peut faire face aux contraintes logistiques</li> <li>• Permet de surveiller la continuité des soins VIH (soins pré-TAR aux soins TAR)</li> </ul> <b>TB</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas nécessaire pour le traitement de la TB pharmaco-sensible</li> </ul>	<b>VIH</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin d'ordinateur(s), contraintes logistiques (électricité, etc.)</li> <li>• Le nombre d'indicateurs et de variables utilisés pour la collecte doit être équilibré afin de prévenir une surcharge de travail et une diminution de la qualité de la collecte de données</li> <li>• Il pourrait y avoir besoin d'un opérateur de saisie pour garantir la qualité de la collecte des données</li> </ul>
<b>Bases de données médicales électroniques élargies</b> (ex. FUCHIA, Koch6, hors ligne)	<b>VIH</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les cliniques centralisées avec un grand nombre de nouvelles inclusions</li> <li>• Recueille un ensemble de données plus important et offre plus de fonctions de gestion</li> <li>• Produit des rapports automatiques</li> <li>• Peut être utilisé en tant qu'ensemble de données pour la surveillance sentinelle et/ou pour la recherche pour des questions plus compliquées</li> <li>• Peut soulager la clinique VIH de la collecte de grands ensembles de données</li> <li>• Peut assurer le suivi de la continuité des soins VIH (soins pré-TAR aux soins TAR)</li> </ul> <b>TB</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas nécessaire pour le traitement de la TB pharmaco-sensible</li> <li>• Nécessaire au-delà de 20 patients TB pharmaco-résistants (Koch6)</li> </ul>	<b>VIH et TB</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins ordinateur(s) et d'électricité</li> <li>• Difficile dans les milieux très éloignés ou très décentralisés</li> <li>• Exige du personnel affecté à la collecte de données</li> <li>• Besoin de support solide et continu en informatique et en gestion de données</li> <li>• En cas d'utilisation d'une base de données électronique MSF/Epicentre (p. ex. FUCHIA ou Koch6), pas de possibilité de transfert au MS</li> <li>• Relativement coûteux (pas FUCHIA ni Koch6)</li> </ul>

Il y a un ensemble d'indicateurs de base à collecter pour le S & E VIH/TB :

1. Pour la TB, les rapports trimestriels avec Inclusions des cas et résultats du traitement doivent être utilisés (annexes 32 et 33 p 294 et 296 du guide *Tuberculose*, MSF/PIH 2014).
2. Les indicateurs pour le VIH figurent dans l'Annexe 4, avec le package d'indicateurs de base comme ensemble minimal de surveillance trimestrielle.

#### **Que faut-il mettre en place lorsque MSF est impliqué dans le S&E VIH et TB ?**

- ✓ Registres papier : CDV, Pré-TAR & TAR, TB et CPN ;
- ✓ Carte patient (TB et/ou VIH) ;
- ✓ Formation du personnel pour remplir les registres et effectuer la description minimale de la cohorte ;
- ✓ Numéro d'identification du patient (le même dans les registres pré-TAR et TAR, liens avec le numéro de test VIH, le numéro de PTME, et le numéro TB) ;
- ✓ Confidentialité, registres uniquement accessibles au personnel médical : armoire d'archivage verrouillée pour conserver les dossiers cliniques et les registres ;
- ✓ Dossier médical du patient.

### **4.6. Préparation pour inclure des activités VIH/TB dans un projet MSF de routine**

#### **Planification**

Les projets de soins de santé de base sont confrontés à de nombreuses priorités médicales. Après avoir réalisé l'évaluation, il est possible de définir les activités VIH et TB pouvant être incluses dans les services existants, à quel moment et avec quelles ressources. L'exemple de chronogramme dans l'Annexe 5 présente certains éléments à prendre en compte dans l'échéancier de mise en œuvre.

#### **Pharmacie**

L'accès aux médicaments doit être assuré même lorsque l'approvisionnement provient de différentes sources. Un suivi régulier des différentes lignes d'approvisionnement est nécessaire, afin de détecter le plus tôt possible les ruptures de stock potentielles et de pouvoir réagir à temps.

Pour le VIH les commandes doivent être effectuées en tenant compte des besoins estimés en fonction du nombre cumulatif de patients sous traitement et du nombre de patients prévus d'être initiés sous ARV.

Pour la TB, les commandes de médicaments sont réalisées en fonction des besoins totaux par traitement et du nombre de patients prévus pour être inclus sous traitement, plus trois mois de stock tampon.

Pour la prévision des besoins : voir dans l'Annexe 6 la liste des articles principaux pour passer la première commande.

Pour aider à la commande en ARV voir l'Annexes 7 l'outil de commande en médicaments ARV.

Pour aider à la commande en médicaments TB voir l'Annexe 7 bis l'outil de commande en médicaments TB pharmaco-sensible.

Pour la prévision et la commande des médicaments antituberculeux de deuxième ligne, contactez votre référent VIH/TB (il existe des outils et des guidelines adaptés aux schémas thérapeutiques et protocoles à mettre en place).

L'approvisionnement en ARV peut se faire soit par MSF, soit à travers le MS (via le FM et/ou PEPFAR). Pour une première commande, il peut être plus facile de s'approvisionner directement via MSF. Cependant, dès que possible, l'équipe devrait passer par le MS, afin que les activités VIH/TB dans la zone gagnent en visibilité au niveau du MS et qu'elles facilitent la collaboration entre MSF et le MS et, plus tard, le processus de passation.

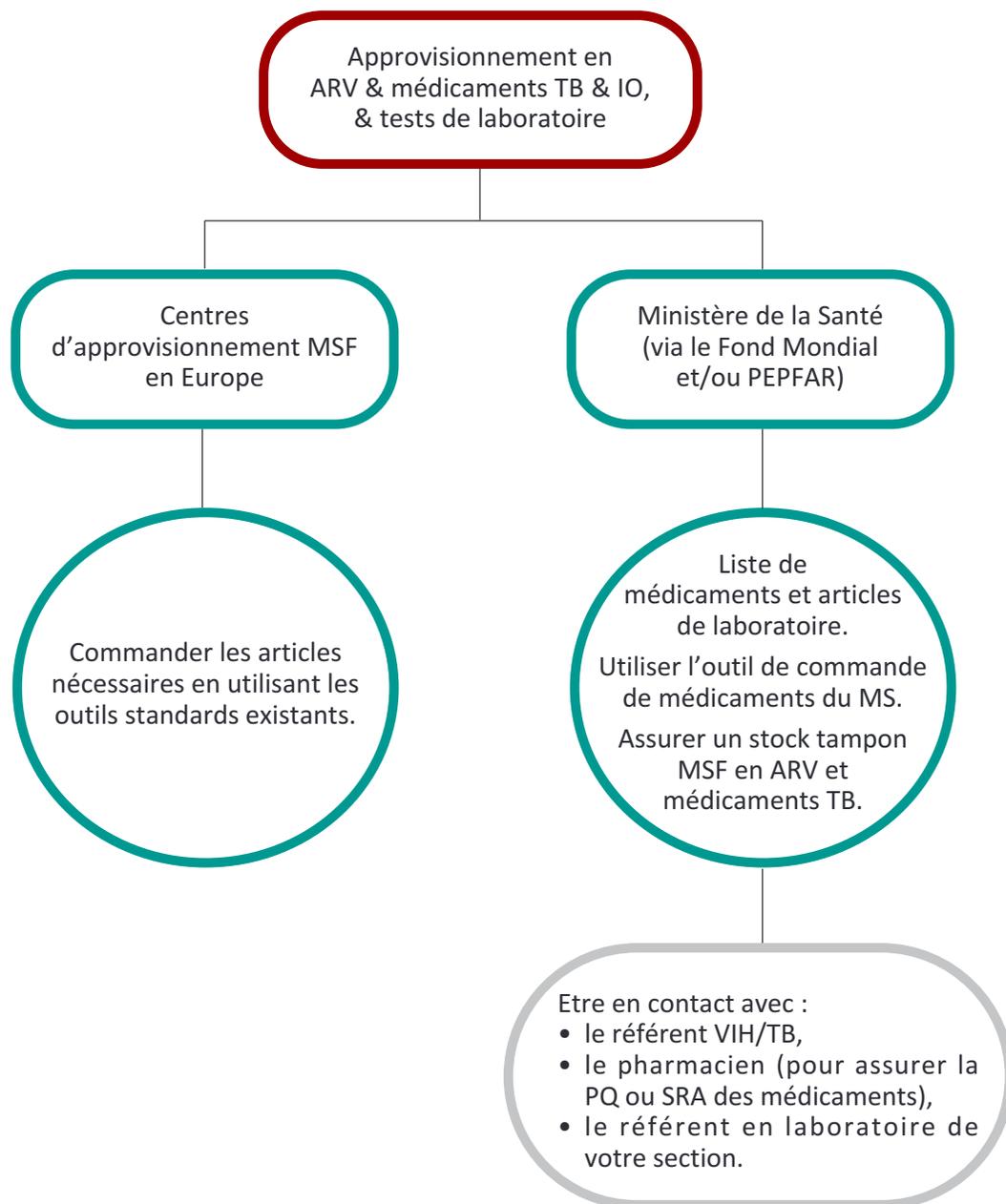
Les médicaments contre la TB sont principalement fournis au MS par GDF (Global Drug Facility). Aucun compromis ne doit être fait sur la qualité des médicaments. Seuls les médicaments dont la qualité est assurée devraient être utilisés (préqualification par l'OMS ou enregistrement par des autorités de réglementation rigoureuses (SRA)).

– Stockage

Les exigences de stockage pour tous les médicaments et articles de laboratoire devraient suivre les bonnes pratiques de stockage et de distribution de MSF. Des conditions appropriées de stockage et de chaîne du froid doivent être maintenues, dans une salle de stockage propre, avec des étiquettes appropriées et les stocks de médicaments périmés doivent être séparés.

– Outils pratiques

- Liste des articles principaux pour aider à faire la première commande (Annexe 6)
- Outil de commande d'ARV (Annexe 7)
- Outil d'estimation des besoins en médicaments pour la TB pharmacosensible (Annexe 7bis)



**Etudes de cas sur l'intégration des soins VIH et TB dans le package de soins de santé de base**  
Voir Annexe 8.

## 5. VIH et TB dans les contextes instables

### 5.1. Le VIH en situation d'urgence

En 2006, l'OMS, le HCR, l'ONUSIDA, l'UNICEF et MSF sont parvenus à un consensus indiquant que l'administration du traitement ARV en situation d'urgence est possible et représente une obligation en termes de droits de l'homme et de stratégie de santé publique<sup>i</sup>. Toute interruption de l'approvisionnement en médicaments peut compromettre l'état de santé des personnes vivant avec le VIH et la TB. Les besoins de ces populations doivent être inclus dans la réponse à l'urgence lorsque les activités des services de santé d'origine sont interrompues.

Lors de l'ouverture d'un projet d'urgence, une évaluation basique du VIH/TB doit être réalisée pour être en mesure de connaître les infrastructures, les partenaires et les protocoles nationaux. Les commandes urgentes doivent inclure certains médicaments pour les maladies chroniques, dont les médicaments TB et les ARV adaptés au programme national. La prévention des interruptions de traitement est un objectif minimum à assurer.

Cette stratégie s'applique à tous les contextes où l'unité/desk des urgences prévoit d'intervenir (intervention à court terme). L'objectif de cette intervention est de permettre la poursuite du traitement des personnes déjà initiées sous ARV (quelle que soit la prévalence du VIH du pays) et/ou sous médicaments TB<sup>j</sup>.

Scénarios possibles :

- Catastrophes naturelles
- Violence et conflits en phase aiguë
- Epidémies
- Tout scénario conduisant au déplacement d'une population (camps de réfugiés, sites de déplacés)

**Assurer la poursuite du traitement avec dispensation des traitements ARV et TB pour les personnes déjà sous traitement sans possibilité d'approvisionnement en médicaments dans leurs centres de santé habituels.**

Voir exemple de commande de médicaments pour assurer la poursuite du traitement ARV/TB dans l'Annexe 9.

- Dans le cas d'une interruption de traitement AZT/3TC/NVP ou AZT/3TC + EFV de plus de 2 semaines, il n'est pas urgent de redémarrer le traitement. En effet, l'intérêt d'éviter l'interruption de traitement pour diminuer le risque de résistance est déjà perdu. Recommander au patient de consulter son agent de santé si celui-ci est accessible (p.ex. la clinique ARV n'a pas été détruite, le personnel est toujours présent, etc.). Si cela n'est pas possible, redémarrer son traitement.
- L'initiation de traitement de nouveaux patients n'est pas un objectif ici. Cette activité sera discutée avec le référent VIH/TB et le responsable de programme au niveau du siège (excepté dans des circonstances telles que la PTME).
- Dans le cas où le patient ne peut fournir de documentation et n'est pas en mesure de se rappeler de son traitement, il est recommandé de le tester pour le VIH et de présenter un échantillon de médicaments pour identification. Si l'identification échoue, prescrire le traitement national de première ligne.
- Toujours demander s'il y a eu un changement de traitement dans le passé pour des effets secondaires ou des éruptions cutanées graves.
- Fournir une "carte de santé" indiquant le schéma thérapeutique ARV et la prophylaxie administrée. Cette carte de santé devra ensuite être représentée lors de visites ultérieures.

<sup>i</sup> *Delivering antiretroviral drugs in emergencies: neglected but feasible*, 20 septembre 2006, OMS.

<sup>j</sup> Pour plus d'informations, se référer au guideline de MSF OCBA, *VIH & TB lors des interventions d'urgence*, 2012.

- Assurer la poursuite du traitement TB.
- Assurer la poursuite de la prophylaxie IO : CTX.
- Assurer l'accès aux soins PTME : l'option B/B + doit être utilisée.
- Assurer la PPE pour les victimes de violence sexuelle et l'exposition professionnelle.

## 5.2 Plan d'urgence

L'interruption répétée d'approvisionnement en médicaments peut compromettre l'état de santé des patients sous traitement TB ou ARV et peut potentiellement causer le développement ou l'amplification de la résistance aux anti-tuberculeux et/ou ARV. Selon le contexte, le plan d'urgence doit être écrit et régulièrement mis à jour, puis communiqué aux personnes concernées de façon régulière.

Le plan d'urgence comprend :

- Un stock de médicaments supplémentaires donnés à chaque patient, aussi appelé « run-away bag » pour la TB et qui contient tous les médicaments nécessaires pour terminer le traitement TB et des ARV donnés pour une plus longue période (au moins 3 mois).
- La « tail protection » (continuer une semaine de traitement avec l'association AZT/3TC après l'arrêt de AZT/3TC/NVP) est recommandée si le traitement AZT/3TC/NVP est utilisé. Il n'y a pas besoin de « tail protection » en cas d'utilisation d'un traitement à base de TDF/3TC/EFV ou TDF/3TC + NVP ou d'un traitement à base d'IP.
- Dans l'éventualité où le personnel expatrié doit être évacué, la continuité des soins devra être assurée par l'équipe de personnel national restant. Si le plan d'urgence fait appel à une équipe réduite, celle-ci devra au préalable avoir reçu une formation de base sur la TB et le VIH. De tels projets peuvent être gérées «à distance» pour une certaine période, jusqu'à ce qu'il soit jugé approprié ou nécessaire de réintégrer le restant de l'équipe.
- Indiquer au patient si c'est possible les centres où il pourra continuer à recevoir le TAR tout en lui donnant une réserve de traitement d'au moins 3 mois.
- Les patients doivent avoir reçu la consigne de garder leur carte de traitement avec eux tout le temps.
- Le plan d'urgence doit faire partie du counseling initial pour les patients débutant un traitement. Le meilleur moyen pour faire face à des situations d'urgence passe par l'éducation du patient et un counseling de bonne qualité.

Tous les efforts devraient être déployés pour orienter les patients vers un endroit sûr où MSF et/ou le personnel du MS pourront continuer d'offrir les soins et le support nécessaires. Dans des situations de violence imminente ou en cours, il est souvent impossible d'initier de nouveaux patient au traitement TB ou VIH.

Voir en Annexe 10 les différents exemples de plans d'urgence.

## 6. Stratégie de sortie

Quel que soit le contexte, lorsque MSF envisage de fermer un projet, MSF doit chercher à transférer la responsabilité du VIH et de la TB à d'autres partenaires afin d'assurer la continuité des soins et du traitement. Cependant, cela n'est pas une condition préalable pour fournir des soins VIH/TB dans ces programmes. Le niveau de réalisation de ce transfert pourra varier, mais la planification pour la passation devrait commencer le plus tôt possible, idéalement dans le cadre de la stratégie initiale du projet.

La passation peut être partielle avec par exemple retrait de certaines activités afin de se recentrer sur des activités spécifiques ayant été négligées ou sur des populations particulières ou complète avec retrait de toutes les activités de MSF dans la zone de projet. L'outil "tableau de bord de la passation" (voir Annexe 11) a été utilisé avec succès dans la passation d'un certain nombre de projets VIH/TB verticaux. Ce tableau de bord est plus adapté aux contextes de programmes verticaux, mais les principes clés peuvent aussi être utilisés dans les projets MSF où les soins VIH/TB font parti du package global de soins. Ces principes clés du tableau de bord s'appuient sur la formation d'un comité de pilotage qui définit l'objectif stratégique, les objectifs opérationnels et les indicateurs de la passation. Ces indicateurs sont alors évalués : rouge- non atteints ; orange- presque atteints ; vert- atteints, et un rapport est rendu chaque trimestre. Un feedback régulier, ainsi que des plans d'action liés à la progression des indicateurs de projet seront mis en place en collaboration avec les partenaires de la passation. Les exemples de projets VIH où cet outil a été utilisé comprennent Lusikisiki (Afrique du Sud), Morija (Lesotho), Angonia (Mozambique) et Thyolo (Malawi). Les principes clés de cet outil sont décrits dans le document MSF UK "Making an exit".

# Annexes

1. Package élargi de soins VIH/TB
2. Outil d'Evaluation de la Situation VIH/TB
3. Liste des Documents Clés et Guidelines disponibles
4. Données Minimales de Surveillance VIH
- 4bis. Données Minimales de Surveillance PTME
5. Exemple de chronogramme pour l'intégration des activités VIH/TB
6. Liste des articles pour la première commande médicale VIH/TB
7. Outil de Commande ARV MSF 2014
- 7bis. Outil de Commande de médicaments TB MSF 2014
8. Etudes de cas d'Intégration de soins VIH/TB dans les projets MSF
9. Commande d'ARV et de médicaments TB pour éviter l'interruption de traitement en situation d'urgence
10. Plans d'Urgence - Etudes de cas
11. Tableau de Bord pour la passation



## Annexe 1. Package élargi de soins VIH/TB

(lorsque le package minimal est déjà en place)

<b>Prévention</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circoncision</li> <li>• Traitement en tant que prévention pour les couples sérodiscordants (TAR pour le partenaire VIH positif quel que soit le CD4)</li> <li>• TAR pour tout patient HIV positif (appelé la stratégie de Tester et Traiter ou Traitement comme Prévention)</li> </ul>
<b>Dépistage VIH</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CDV</li> <li>• PCR ADN VIH pour les nourrissons &lt; 18 mois</li> </ul>
<b>Soins pré-TAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi régulier avec numération des CD4</li> <li>• TPI chez les adultes VIH+</li> <li>• Dépistage de l'antigène cryptococcique lorsque CD4 &lt; 100, et traitement approprié si le test est positif</li> <li>• Capacité à diagnostiquer et traiter les IO sévères (CNM, SK, TB)</li> <li>• Alternative pour la prophylaxie au CTX : dapsonne</li> </ul>
<b>Eligibilité au TAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque la numération des CD4 est disponible, patients avec CD4 &lt; 350 cellules/<math>\mu</math>l en priorité, puis &lt; 500 cellules/<math>\mu</math>l</li> <li>• Indépendamment des CD4 dans des populations spécifiques (PTME option B+, couples sérodiscordants)</li> </ul>
<b>Schéma thérapeutique ARV</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux premières lignes de traitement alternatives, deuxième lignes et troisièmes lignes (contactez votre référent VIH/TB)</li> </ul>
<b>PTME dès que "MSF" est impliqué dans des activités de santé reproductive<sup>a</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Option B+</li> <li>• Implication du partenaire</li> </ul>
<b>Dépistage et diagnostic de la TB</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation du Xpert MTB/Rif en fonction des algorithmes de diagnostic disponibles dans le guide pratique TB MSF/PIH de 2014 (voir avec le référent VIH/TB)</li> <li>• Référence pour culture/antibiogramme de tous les patients Xpert positifs et résistants à la Rifampicine</li> <li>• Capacité à confirmer le diagnostic de TB pharmacorésistante pour tous les patients en échec de traitement TB (référence, envoi d'échantillon pour culture)</li> <li>• Accès à la radiographie</li> </ul>

<sup>a</sup> Voir package minimal Directives AWG & SHRWG, PTME, Octobre 2012.

<b>Traitement TB</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement complet de la TB pharmacorésistante</li> </ul>
<b>Observance, éducation thérapeutique du patient et support</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement du counseling lié à l'observance, suite aux résultats immunologiques et si possible à la CV</li> <li>• Mécanisme pour détecter les abandons et activités de recherche des abandons pour les patients sous traitement TB et sous ARV, y compris les mères inscrites dans le programme PTME</li> <li>• Encourager le patient et la participation communautaire (groupes de pairs, association de patients)</li> <li>• Impliquer la société civile</li> </ul>
<b>Outils biologiques de diagnostic et stratégies de suivi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CD4 pour la décision d'initiation sous TAR et pour le suivi (envisager technologies PoC) si la CV n'est pas disponible</li> <li>• Microscopie des frottis d'expectoration (ZN ou fluorescence)</li> <li>• Encre de Chine et/ou LFA antigènes cryptococciques</li> <li>• Accès au laboratoire de référence pour envoi d'échantillons pour culture/antibiogramme</li> <li>• Test TB LAM pour les patients VIH sévèrement immunodéprimés (CD4 &lt; 100) incapables de fournir des crachats (voir référent VIH/TB pour le rendre disponible sur le projet)</li> <li>• Accès au PCR ADN VIH pour les bébés &lt; 18 mois (envisager technologies PoC)</li> <li>• CV ciblée ou, si possible, suivi de routine de la CV (envisager PoC ou TSS)</li> <li>• ALAT (NVP) (lorsque indiqué cliniquement)</li> <li>• Test de créatinine lors de l'initiation au TDF/3TC/EFV (envisager technologies PoC)</li> <li>• GeneXpert® MTB/Rif</li> <li>• Tests hépatites B et C</li> <li>• Test syphilis</li> <li>• Radiographie pulmonaire</li> </ul>
<b>Approvisionnement en médicaments, en supplément aux médicaments essentiels disponibles sur le terrain</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments IO comprenant amphotéricine B, flucytosine, bleomycine et autres cytostatiques pour le SK, et valgancyclovir dans certains contextes (principalement en Asie)</li> <li>• Traitements TAR de première ligne alternative</li> <li>• Traitements TAR de deuxième et troisième lignes (contactez votre référent VIH/TB pour les médicaments de 3<sup>e</sup> ligne)</li> <li>• Médicaments TB de seconde ligne</li> </ul>
<b>Collecte et suivi des données</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de données électronique (eg FUCHIA, Koch 6, Tiernet, Open MRS)</li> <li>• Analyse de cohorte biannuelle de TB pharmacorésistante</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel formé supplémentaire (infirmière ou PVVIH) pour des activités spécifiques afin de maintenir la qualité au sein d'une cohorte grandissante et pour assurer le CDV</li> </ul>

## Annexe 2. Outil d'évaluation de la situation VIH/TB

Analyse de la situation VIH/SIDA	A l'échelle du pays	Projet MSF/à l'échelle de la région	Intervention planifiée
<b>1) Population</b>			
<b>2) Financement</b>			
Le pays a-t-il reçu/prévu un financement FMSTP/PEPFAR/autre ?			
Si oui, lequel ?			
<b>3) Epidémiologie</b> (incluant prévalence, comportements à risque et vulnérabilité)			
<b>VIH/SIDA</b>			
Prévalence du VIH <sup>a</sup>			
Nombre estimé ayant besoin de TAR			
Prévalence VIH dans différents groupes à risque			
Nombre d'adultes VIH+ déjà pris en charge			
Nombre d'enfants <sup>b</sup> VIH+ déjà pris en charge			
Nombre de patients VIH+ sous traitement			
<b>Tuberculose</b>			
Incidence TB			
Prévalence de TB MR & UR parmi les nouveaux cas et les cas de retraitement			
<b>Vulnérabilités liées à l'infection par le VIH</b>			
Identification des facteurs d'instabilité ayant une influence sur la compréhension, la transmission et la prévention du VIH dans la population : liste			

Analyse de la situation VIH/SIDA	A l'échelle du pays	Projet MSF/à l'échelle de la région	Intervention planifiée
<b>4) Interventions liées au VIH/TB en cours</b>			
<b>Guidelines nationales</b>			
Est-ce que l'un des guidelines nationaux suivants existe (oui/non) ?			
Acceptés, respectés et appliqués ?			
<b>VIH/SIDA</b>			
Plan stratégique national			
Programme national de lutte contre le SIDA			
Sites sentinelles pour la prévalence VIH dans le pays (où ?)			
Protocoles nationaux de prise en charge du VIH/SIDA			
<b>Tuberculose</b>			
Plan stratégique national			
Protocole national pour le traitement et la prise en charge de la TB, la TB-MR/UR			
<b>Ensemble des protagonistes liés au VIH</b>			
Identifier et lister tous les acteurs de la région travaillant dans le cadre du VIH			
Partenariats et mécanismes de coordination			
<b>Ensemble des protagonistes liés à la TB</b>			
Identifier et lister tous les acteurs de la région travaillant dans le cadre de la TB			
Partenariats et mécanismes de coordination			

Analyse de la situation VIH/SIDA	A l'échelle du pays	Projet MSF/à l'échelle de la région	Intervention planifiée
<b>Protocoles de traitement VIH/SIDA</b>			
Protocole national pour le traitement du VIH/SIDA ? a) seuil de CD4 pour l'initiation au TAR b) schéma thérapeutique TAR c) option PTME			
<b>Protocoles de diagnostic et de traitement TB</b>			
Protocole national pour la TB et la TB MIR/UR ?			
Quelle sont les possibilités de radiologie, microscope des expectorations, GeneXpert et cultures ?			
<b>Approvisionnement en traitements VIH</b>			
Qui sont les principaux fournisseurs d'ARV (décrire les lacunes dans la prestation de service dans les situations à la fois stables et instables) ?			
Quelles sont les capacités de chacun en termes d'approvisionnement/plan d'urgence ?			
<b>Approvisionnement en traitements TB</b>			
Qui sont les principaux fournisseurs de médicaments TB ?			
Quelles sont les capacités de chacun en termes d'approvisionnement d'urgence/plan de contingence ?			

Analyse de la situation VIH/SIDA		A l'échelle du pays		Projet MSF/à l'échelle de la région	Intervention planifiée
5) Achat de médicaments et brevets		ARV	TB		
Les médicaments sont-ils disponibles (lesquels) ?					
Brevetés, enregistrés, fournis (oui/non) ?					
Est-ce que des médicaments génériques <sup>c</sup> sont disponibles (oui/non) ?					
Lesquels ?					
Prix ?					
Pré-qualifiés ?					
Disponibles chez qui ?					
Pour combien de temps et combien de patients ?					
Y a-t-il des ruptures de stock documentées ?					
Les médicaments peuvent-ils être stockés en toute sécurité ?					

Analyse de la situation VIH/SIDA	A l'échelle du pays	Projet MSF/à l'échelle de la région	Intervention planifiée
<b>6) Services VIH et TB existants</b>			
<i>Pour chaque service, indiquer si disponible (oui/non) et par qui ils sont fournis (lister toutes les organisations et évaluer les services fournis en utilisant les codes ci-dessous<sup>d</sup>).</i>			
<b>Services liés au VIH et à la TB</b>			
IEC			
Préparation au traitement			
CDV			
Suivi médical			
TARHA			
PTME			
Soins à domicile			
Groupe de PVVIH			
Soins hospitaliers			
Soins palliatifs			
Services TB intégrés aux services VIH			

<sup>a</sup> Les informations provenant de la banque de sang, de la CPN et des militaires peuvent être utilisées pour étayer d'autres taux de prévalence.

<sup>b</sup> Le nombre d'enfants est difficile à estimer ; il peut avoisiner 10% de la population adulte.

<sup>c</sup> Plus précisément d4T/3TC/NVP, AZT/3TC et D4T/3TC.

<sup>d</sup> Notes d'évaluation des services :

A = Service de bonne qualité. Possible de référer les patients sans avoir besoin d'un soutien/supervision MSF.

B = Service de qualité moyenne. Possible de référer les patients sous réserve d'un soutien/supervision étroite.

C = Service de mauvaise qualité. Pas de possibilité de référer les patients sans avoir procédé au préalable à d'importantes améliorations.

E = Plaider pour que d'autres acteurs fournissent des services/support. MSF ne devrait pas s'impliquer dans la prestation.

F = Plaider pour que d'autres acteurs fournissent des services/support, tout en développant un service MSF temporaire en attendant.

G = MSF doit apporter l'aide principale à court et à moyen terme.

## Annexe 3. Liste des documents clés et guidelines disponibles

### Counseling et dépistage volontaire

- *Education thérapeutique et counseling des patients infectés par le VIH et/ou la tuberculose*, MSF, Mars 2012, E/F.
- *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative des soignants dans les établissements de santé*, OMS 2007, E/F.

### Dépistage et diagnostic de la TB

- *Tuberculose*, MSF-PIH 2014, E/F.
- *Guidance paper on intensive case finding, TB skin Testing and Isoniazid Preventing Therapy*, MSF 2011.
- *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH + Annexes*, OMS 2012, E/F.

### Consultation VIH et TB

- Protocoles du programme national.
- *Utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*, OMS 2013, E/F.
- *Tuberculose*, MSF-PIH 2014, E/F.
- *Prise en charge du VIH en pédiatrie*, MSF 2015, E/F.
- *ARV pour débutants* (ex ARV pour les NULS), MSF OCP Nov 2012.
- *HIV/TB clinical guide*, MSF SAMU 2014 (traduction en cours).
- Site web samu : [www.samumsf.org](http://www.samumsf.org)
- CD ROM CHISTOL (Auto formation Prise en charge des patients VIH en situation précaire), MSF OCP 2013, E/F.
- *Simplified HIV/ARV care modules*, MSF OCA.
- *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH + Annexes*, OMS 2012, E/F.
- *Protocole de traitement contre la tuberculose pharmaco-résistante (9 mois – traitement court)*, MSF OCA Avril 2012, E/F.

### PTME

- *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant - Partie 1 Protocoles*, AWG MSF 2015, E/F.
- *Utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*, OMS 2013, E/F.
- *Guide d'éducation thérapeutique du patient pour la PTME B+*, MSF OCB Octobre 2013 (disponible sur le site [www.samumsf.org](http://www.samumsf.org)).
- WHO IATT toolkit on option B+.

### Education thérapeutique du patient, counseling VIH et TB et observance

- Guidelines, boîtes à outils, flipcharts OMS.
- *Guide d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de tuberculose sensible ou de tuberculose résistante*, MSF OCB 2013.
- *Education thérapeutique et counseling des patients infectés par le VIH et/ou la tuberculose*, MSF Mars 2012, E/F.
- *Guide d'éducation thérapeutique du patient pour la PTME B+*, MSF OCB Octobre 2013 (disponible sur le site [www.samumsf.org](http://www.samumsf.org)).
- *Accompagnement du patient enfant infecté par le VIH + DVD*, MSF OCB 2008, E/F/P.

**Gestion de données VIH et TB : suivi et «valuation**

- *Données de surveillance VIH* (inclus dans ce document, Annexe 4).
- *Simplified HIV/TB line list*, MSF OCA.
- *Trois systèmes intégrés de suivi du patient pour les soins VIH/TARV, SMI/PTME (y compris la prévention contre le paludisme au cours de la grossesse), et la co-infection TB/VIH : Données minimum standardisées et outils illustratifs*, OMS révision 2012.
- *Définitions et cadre de notification pour la tuberculose*, OMS révision 2013, E/F.
- *Tuberculose*, MSF-PIH 2014, E/F – annexes 32, 33, 34, 35.

**Passation**

- *Making an exit: advise on successful hand-over of MSF project*, MSF UK Juillet 2011.

## Annexe 4. Données minimales de surveillance VIH

Pays : 0 Projet : 0		Tous les sites	
		Mois	Janvier
Début de période			01-janv-14
Fin de période			31-janv-14
<b>Toutes les données de la section ci-dessous doivent être obtenues à partir des registres de CDV</b>			
Date de démarrage du programme VIH dans le projet			
Nombre de patients ayant reçu un pré test counselling pendant la période			0
Nombre de patients testés pour le VIH pendant cette période			0
Nombre de patients testés positifs pendant cette période			0
<i>% de patients testés durant cette période et VIH positifs</i>			
<b>Les données ci-dessous doivent être obtenues à partir des registres pré-TAR &amp; TAR et/ou des rapports FUCHIA et/ou du "reporting tool" VIH/TB (OCA)</b>			
<b>Rapport final pour patients VIH positifs</b>			
Début de période			00-janv-00
Fin de période			00-janv-00
Nombre de patients VIH+ < 15 ans inclus dans les soins pré-TAR pendant la période			0
Nombre de patients VIH+ ≥ 15 ans inclus dans les soins pré-TAR pendant la période			0
Nombre de patients VIH < 15 ans ayant démarré les ARV durant cette période			0
Nombre de patients VIH ≥ 15 ans ayant démarré les ARV durant cette période			0
Nombre de patients VIH < 15 ans ayant démarré les ARV depuis le début du programme			0
Parmi ceux-ci, nombre total de patients transférés			0
Parmi ceux-ci, nombre total de perdus de vue			0
Parmi ceux-ci, nombre total de décès			0
Nombre de patients VIH ≥ 15 ans ayant démarré les ARV depuis le début du programme			0
Parmi ceux-ci, nombre total de patients transférés			0
Parmi ceux-ci, nombre total de perdus de vue			0
Parmi ceux-ci, nombre total de décès			0
Nombre de patients VIH < 15 ans sous traitement ARV à la fin de la période			0
Nombre de patients VIH ≥ 15 ans sous traitement ARV à la fin de la période			0

## Annexe 4 bis. Données minimales de surveillance PTME

CPN	Mois 1	Mois 2
Nombre de nouvelles premières consultations CPN		
Nombre de nouvelles patientes CPN, avec statut indéterminé, testées pour le VIH		
Nombre de nouvelles patientes CPN, avec statut indéterminé ou préalablement négatif, testées positives pour le VIH		
Nombre de nouvelles patientes testées positive pour le VIH mises sous TAR (Option B/B+)		
Nombre de nouvelles patientes CPN VIH+ déjà sous TAR		
Nombre de patientes CPN suivies sous TAR (6+7)		

Accouchement (si le programme fournit des services d'accouchements)	Mois 1	Mois 2
Nombre de femmes ayant accouché dans un établissement de santé		
Nombre de femmes ayant accouché dans un établissement de santé avec un statut VIH indéterminé		
Nombre de femmes ayant accouché dans un établissement de santé avec un statut VIH indéterminé et testées pour le VIH		
Nombre de femmes testées positives pour le VIH à l'accouchement		
Nombre de femmes testées positives pour le VIH à l'accouchement et mises sous TAR		
Nombre de femmes VIH+ déjà sous TAR ayant accouché		

Nouveaux-nés	Mois 1	Mois 2
Nombre de bébés testés par TSS à 6-10 semaine pendant la période		
Nombre de bébés testés positifs par TSS à 6-10 semaine pendant la période		

## Annexe 5. Exemple de chronogramme pour l'intégration des activités VIH/TB

Département	Activités	Ressources	Profil de poste recherché	Chronogramme de mise en œuvre			
				Mois 1	Mois 2	Mois 3	...
CPN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CDVIH</li> <li>2. Dépistage clinique TB</li> <li>3. Initiation sous trithérapie de toutes les femmes enceintes VIH+</li> <li>4. Liaison avec la consultation externe/TB si dépistage clinique de la TB positif</li> </ol>						
Maternité	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poursuite des soins PTME</li> </ol>						
Consultation externe/VIH/TB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CDVIH et dépistage clinique TB</li> <li>2. Envoi d'échantillon d'expectoration pour le diagnostic de la TB</li> <li>3. Initiation du traitement ARV/TB</li> <li>4. Mise en place d'un agenda pour la gestion des consultations</li> <li>5. Liste mise à jour toutes les 2 semaines des absents éventuels</li> <li>6. Liaison avec l'équipe communautaire pour la recherche des absents aux consultations VIH ou TB</li> </ol>						
Hospitalisation pédiatrique	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CDVIH et dépistage clinique TB pour toutes les admissions</li> <li>2. Envoi d'échantillon d'expectoration pour le diagnostic de la TB (lorsque cela est possible)</li> <li>3. Initiation du traitement ARV/TB</li> <li>4. Liaison avec la consultation externe après sortie d'hospitalisation</li> </ol>						
Hospitalisation adulte	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CDVIH et dépistage clinique TB pour toutes les admissions</li> <li>2. Envoi d'échantillon d'expectoration pour le diagnostic de la TB (lorsque cela est possible)</li> <li>3. Initiation du traitement ARV/TB</li> <li>4. Liaison avec la consultation externe après sortie d'hospitalisation</li> </ol>						

Département	Activités	Ressources	Profil de poste recherché	Chronogramme de mise en œuvre			
				Mois 1	Mois 2	Mois 3	...
Nutrition	<ol style="list-style-type: none"> <li>Score TB pour tout enfant ne répondant pas au traitement nutritionnel</li> <li>CDVIH pour tous les enfants hospitalisés souffrant de MAS</li> </ol>						
Laboratoire	<ol style="list-style-type: none"> <li>Test VIH de confirmation (selon exigences des différentes sections)</li> <li>Expectorations TB</li> <li>GeneXpert TB</li> </ol>						
Communauté							
Gestion des données	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'un système de gestion des données :               <ol style="list-style-type: none"> <li>registres en consultation</li> <li>système électronique central (ex. Fuchia)</li> </ol> </li> </ol>						
Pharmacie	<ol style="list-style-type: none"> <li>Gestion des médicaments ARV et TB</li> <li>Dotation de médicaments à la consultation sur base hebdomadaire</li> </ol>						
Counseling	<ol style="list-style-type: none"> <li>Counseling pré-test et post-test</li> <li>Sessions de counseling pré-traitement (VIH et TB)</li> <li>Sessions de counseling lié à l'observance (initiation post-traitement pour le VIH comme pour la TB)</li> </ol>						

## Annexe 6. Liste des articles pour la première commande médicale VIH/TB

### Commande ARV - Scénario à base de TDF

- **Hypothèse pour les ARV**  
10 adultes/mois + 3 enfants/mois + 5 femmes enceintes PTME/mois - Commande pour 6 mois
- **Hypothèse pour les médicaments TB**  
10 adultes/mois + 10 enfants/mois - Commande pour 6 mois
- 6 PPE à base de Atazanir/rvt + TDF/3TC

**VIH** 10 adultes - 3 enfants - 5 femmes enceintes / mois pour 6 mois

		Nombre total de traitements nécessaires	Unité/mois	Nombre total de cp/6 mois
<b>Adultes</b>	3TC 300/TDF 300/EFV 600, comp.	210	30	6300
<b>Enfants</b>	3TC 30/AZT 60/NVP 50, comp.	63	150	9450
	3TC 30/AZT 60, comp.	18	15	270
<b>PTME option B/B+</b>	NVP (10 mg/ml), 100 ml, flacon	30	1	30
	3TC 300/TDF 300/EFV 600, comp.	10	30	3150

**TB** 10 adultes - 10 enfants / mois pour 6 mois

		Nombre de cas	Jours de traitement	Unité/jour	Nombre total de cp/6 mois
<b>Phase d'attaque</b>					
<b>Adultes</b>	EHRZ 275/75/400/150, comp.	60	60	3	10800
<b>Enfants &lt; 23 kg</b>	HRZ 30/150/60, comp.	30	60	5	9000
	E 100, comp.		60	3	5400
<b>Enfants 23-30 kg</b>	EHRZ 275/75/400/150, comp.	5	60	2	3600
	2H 100, comp.		60	1	1800
<b>Phase d'entretien</b>					
<b>Adultes</b>	HR 75/150, comp.	60	120	3	21600
<b>Enfants &lt; 15 kg</b>	HR 30/60, comp.	30	120	3	10800
<b>Enfants 15-30 kg</b>	HR 75/150, comp.	30	120	3	10800

#### Explications

VIH : 10 adultes malades, 5 PTME, 3 enfants/mois, 50 Determine/mois, 6 traitements PPE. Tous les enfants sous AZT/3TC/NVP, 14--20 kg. 1 flacon de NVP par enfant exposé. Dosages TB : ref. Guide *Tuberculose*, MSF/PIH 2014.

	Code	Article	Quantité
ARV	DORATELE3T3	3TC 300/TDF 300/EFV 600, comp.	9450
	DORALZNV3T5	3TC 30/AZT 60/NVP 50, comp.	9450
	DORANEVI1S1	NVP (10 mg/ml), 100 ml, flacon	30
	DORAYILA6TD	3TC 30/AZT 60, comp.	270
	DORATELA3T3	3TC 150/TDF 300, comp.	180
	DORAATVR3T1	ATAZANAVIR (ATV) 300 mg/RITONAVIR (r) 100 mg, comp.	180
TB	DORAETHA1T--	ETHAMBUTOL chlorhydrate (E), éq. 100 mg base, comp. Blister	5400
	DORAISON1T--	ISONIAZIDE (INH), 100 mg, comp. sécable, blister	1800
	DORARHZE1FD	RIFAMP.150/ISON.75/PYRAZ.400/ETHAMB.275 mg, comp. Blister	14400
	DORARHFD1T7	RIFAMPICINE 150 mg/ISONIAZIDE 75 mg, comp. Blister	32400
	DORARHFD6T3	RIFAMPICINE 60 mg/ISONIAZIDE 30 mg, comp. disp. Blister	10800
	DORARHZF6T3	RIFAMP. 60mg/ISON. 30mg/PYRAZ. 150mg, cp disp, blister	9000
	DORAPYRI1T--	PYRIDOXINE (vitamine B6), 10 mg, comp.	11100
	DORAPYRI5T--	PYRIDOXINE (vitamine B6), 50 mg, comp.	3000
	ELINMASS3----	MASQUE CHIRURGICAL, type IIR, u.u.	400
	ELINMASP002	APPAREIL PROTECTION RESPI, N95 (Kimberly--Clark) Medium	400
Médicaments IO	DORACOTR8T--	COTRIMOXAZOLE, 800 mg/160 mg, comp.	6300
	DORACOTR1T--	COTRIMOXAZOLE, 100 mg/20 mg, comp.	1890
	DORAFLUC2T--	FLUCONAZOLE, 200 mg, comp.	1000
	SMSUCOND1----	PRESERVATIF MASCULIN, lubrifié + RESERVOIR, u.u.	2000
Microscopie TB ZN	ELAECONT1S--	POT A PRELEVEMENT, crachoir, plastique, non stérile	1200
	ELINMASP004	APPAREIL PROTECTION RESP, FFP2 ou N95 (IMG Europe)	200
Dépistage VIH	ELAETUCA1E--	(VIH Determine Sang Complet) TUBE CAPILLAIRE EDTA	300
	ELAETIME1E--	MINUTEUR électronique	2
	DDGTHIVD1T-	TEST VIH 1 + 2 (Determine), sér/pl/st, rapide, 100 tests, kit	3
	SLASBUFF70B	(test rapide Determine) TAMPON, 2,5 ml	4
	DDGTHIVU20T	TEST, VIH 1 + 2 (Uni--Gold), sér/pl/st, rapide, 20 tests, kit	7
	DEXTIODP1S2	POLYVIDONE IODEE, 10%, solution, 200 ml, fl. verseur	1
	SDRECOTW5R--	COTON hydrophile, rouleau, 500 g	1
	ELAELANC1D--	LANCETTE, u.u., stérile, pointe normale	440
	DDGTHIVS20T	TEST, VIH 1 + 2 (STAT--PAK), sér/pl/st, rapide, 20 tests, kit	1

## Annexe 7. Outil de commande ARV (MSF 2014)

### **2014 VERSION 2.0** (voir CD-ROM)

Un outil pour calculer les besoins en médicaments antirétroviraux

Statut : Septembre 2014

Avant d'utiliser cet outil, se rappeler ce qui suit :

- Aucun logiciel ne peut agir comme substitut de données de mauvaise qualité.
- Aucun logiciel ne peut substituer totalement votre cerveau et votre bon sens.

### **L'outil ARV a été créé avec les objectifs suivants :**

- Aider les équipes médicales du projet à estimer leurs besoins en ARV pour les commandes médicales internationales (pour les adultes, les enfants, la PTME et la PPE).

### **Principaux avantages de cet outil :**

- Calcul des besoins basé sur le nombre de patients et les schémas thérapeutiques.
- Les options de schémas thérapeutiques sont basées sur les recommandations internationales.
- Cet outil prend en compte les cohortes VIH régulières, mais aussi les activités de PPE et de PTME.
- Le but de cet outil est de fournir les quantités d'ARV à commander pour une période d'activité définie.

### **Facteurs principaux à prendre en compte :**

- Cet outil n'inclut pas les calculs pour les articles autres que les ARV (tests biologiques, cotrimoxazole, médicaments pour le traitement des infections opportunistes, etc.).
- Les prévisions ne peuvent être que de la même qualité que les données fournies pour faire le calcul.
- Le stock tampon ne fait pas partie de la prévision des besoins dans cet outil. Ajouter dans la quantité commandée un nombre de mois de stock tampon suffisants, selon les spécificités de votre projet.
- Cet outil aide au calcul des besoins mais ne remplace pas les outils et procédures habituelles pour passer une commande internationale.

### **Comment l'outil ARV fonctionne-t-il ?**

- L'utilisateur (médecin référent, médecin terrain, etc.) saisit les données générales sur le projet, les protocoles utilisés et la commande, ainsi que nombre de patients. Comme les ARV sont un traitement à vie, une partie du nombre total de patients représente la cohorte déjà sous traitement, et l'autre partie représente les initiations prévues sous ARV (sur base mensuelle) pour les prochains mois. Le calcul des besoins doit prendre en compte le délai de livraison (cases en rouge) et la périodicité de la commande (cases en blanc). Il est important de renseigner le nombre de nouveaux patients mis sous traitement dans toutes les cases (rouges et blanches).
- Les données sont saisies dans deux types de cellules différentes :
  - Les cellules blanches bordées de rouge sont des cases à "option" où vous devez choisir une option de la liste déroulante qui apparaît dans la case.
  - Les cases blanches bordées de noir nécessitent des saisies individuelles sur le nombre de patients, incluant aussi bien les patients déjà sous traitement que le nombre de nouveaux patients que l'on s'attend à initier sous traitement dans le programme.
- Il y a une case pour les commentaires/questions/notes dans chaque feuille.

- Vous pouvez supprimer les données de l'outil pour faire une nouvelle prévision de deux manières différentes :
  - a) Cliquez sur le bouton "Reset" sur la feuille option et toutes les données seront supprimées dans chaque feuille et, par défaut, tous les schémas thérapeutiques seront sur 'N'.
  - b) Cliquez sur le bouton «clear form» sur l'une des feuilles individuelles (adultes, pédiatrie, PPE, PTME) et seules les données des patients sur la page en question seront effacées, sans aucun impact sur les autres feuilles.

### A quoi servent les 7 feuilles de l'outil ?

1. *Start* : page d'instructions avec des informations utiles pour chaque utilisateur.
2. *Options* : feuille de personnalisation; vous y choisissez les paramètres de la commande et les schémas thérapeutiques.
3. *Adults* : feuille où l'on entre les détails du nombre de patients dans la cohorte adulte ; en fonction du nombre de mois que vous avez choisi précédemment, saisissez le nombre réel de patients existants et les estimations futures.
4. *Pediatrics* : idem que la feuille adulte, sauf qu'il s'agit de la cohorte pédiatrique (moins de 25 kg), à l'exception de l'utilisation du ténofovir (TDF), qui est réservé aux enfants > 35 kg.
5. *PEP* : feuille où l'on entre les estimations sur nombre de patients nécessitant une PPE, aussi bien adultes que pédiatriques.
6. *PMTCT* : feuille où l'on entre les sirops utilisés dans le programme PTME, ainsi que le nombre de bébés exposés estimés à la PTME au cours de cette période.  
 Noter que les mères feront partie de l'estimation de la cohorte adulte régulière puisque l'option recommandée est l'option B (ou B+), à savoir la trithérapie pour toutes les femmes enceintes. Compte tenu de la périodicité de commande, tous les régimes de PTME pour les femmes enceintes seront calculés pour toute la durée de la période de commande (ce qui pourrait conduire à une légère surestimation des besoins).
7. *Forecast* : toutes les saisies sur les feuilles précédentes seront résumées ici et une CMA sera calculée. Le CoMed peut approuver la FMC dans une colonne désignée à cet effet.

### Définitions utiles et explications – liste des acronymes

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudine
CMA	Consommation Mensuelle Anticipée
DRV/r	Darunavir/ritonavir
EFV	Efavirenz
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
NVP	Nevirapine
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
TDF	Ténofovir

En cas de questions ou de problèmes avec l'outil, veuillez contacter :

- [Anna.Eschweller@amsterdam.msf.org](mailto:Anna.Eschweller@amsterdam.msf.org)  
Pharmacien pour l'approvisionnement médical au Département de Santé Publique, Amsterdam
- [Esther.Casas@amsterdam.msf.org](mailto:Esther.Casas@amsterdam.msf.org)  
Réfèrent TB/VIH au Département de Santé Publique, Amsterdam

## Annexe 7 bis. Outil de commande de médicaments pour la TB pharmaco sensible (MSF 2014)

### Commande de traitements pour la TB pharmaco sensible (TB PS)

Centre :		Nb	Nb de	Nb total	Nb de	Total
Date :		cp/jour	jours	de	patients	
		cp/patient				
<b>NOUVEAUX PATIENTS</b>						
<b>Adultes et enfants de 23 kg et + – comprimés ADF</b>						
<b>Phase d'attaque</b> 2 (HRZE)	cp HRZE 75,150,400,275	3	60	180		0
<b>Phase d'entretien</b> 4 (RH)	cp HR 75,150	3	120	360		0
ou 10 (RH)	cp HR 75,150	3	300	900	ou	0
<b>Enfants de moins de 23 kg – comprimés ADF pédiatriques</b>						
<b>Phase d'attaque</b> 2 (HRZ)E	cp E 100 + cp HRZ 30,60,150	3 4	60 60	180 240		0 0
<b>Phase d'entretien</b> 4 (HR)	cp HR 30,60	3	120	360		0
ou 10 (RH)	cp HR 30,60	3	300	900	ou	0
<b>Enfants 23-30 kg – comprimés non-ADF supplémentaires</b>						
<b>Phase d'attaque</b> 2 (HRZ)E	cp E 400 cp H 100	1 1	60 60	60 60		0 0
<b>PATIENTS EN RETRAITEMENT</b>						
<p><i>Attention, les schémas de retraitement empiriques ne sont plus recommandés. La streptomycine est contre-indiquée chez les enfants. Ne commander ceci qu'après discussion avec le référent TB.</i></p>						
<b>Phase d'attaque</b> 2 S(HRZE)/1(HRZE)	inj S 1 g + cp HRZE 75,150,400,275	1 3	60 90	60 270		0 0
<b>Phase d'entretien</b> 5 (HR)E	cp HR 75,150 + cp E 400	3 2	150 150	450 300		0 0
5 (HRZE)	cp HRZE 75,150,400,275	3	150	450	ou	0
<b>NOMBRE TOTAL DE PATIENTS NOUVEAUX ET EN RETRAITEMENT</b>						

		Nb cp/jour	Nb de jours	Nb total de cp /patient	Nb de patients	Total
<b>PROPHYLAXIE CHEZ LES ENFANTS</b>		<i>Estimer 10% du nb d'adultes.</i>				
6 H	cp H 100*	1	180	180		0
* Pour les enfants de moins de 10 kg, utiliser le sirop d'Isoniazide. Par exemple, pour un enfant pesant 10 kg : 4 bouteilles de 500 ml pour 6 mois						
<b>EFFETS SECONDAIRES</b>						
<i>Estimer que 1% du total des patients vont avoir besoin de traitements non-ADF.</i>						
	CP E 400	2	60	120		0
	cp H 100	3	180	540		0
	cp R 150	3	180	540		0
	cp Z 400	3	60	180		0
	cp HE 150,400	2	180	360		0
<b>PYRIDOXINE</b>						
	cp pyridoxine 10 mg	1	180	180		0
	cp pyridoxine 50 mg	4	30	120		0
pyridoxine 10 mg : tous les patients à risques de neuropathies périphériques (malnourris, VIH, femmes enceintes, femmes allaitantes) pyridoxine 50 mg : pour les patients souffrant de neuropathie périphérique comme effet secondaire						

**ESTIMATION TOTALE DE LA COMMANDE DE MEDICAMENTS**

	Articles	Quantité
<b>cp ADF</b>	cp HRZE 75,150,400,275	
	cp HRZ 30,60,150	
	cp HR 75,150	
	cp HR 30,60	
	cp HE 150,400	
<b>cp simples</b>	cp E 400	
	cp E 100	
	cp H 100	
	cp R 150	
	cp Z 400	
	cp pyridoxine 10 mg	
	cp pyridoxine 50 mg	
	cp phytoménadione 10 mg ( <i>saisir un nombre en fonction des besoins</i> )	
<b>Injections</b>	inj S 1 g	
	eau pour injection 10 ml	
	seringues 10 ml	
	aiguilles 21G	
	aiguilles 19G	
	phytoménadione 1 mg ( <i>saisir un nombre en fonction des besoins</i> )	

## Annexe 8. Etudes de cas d'intégration de soins VIH/TB dans les projets MSF

### RCA

<b>Où ?</b> <b>Contexte</b>	<b>RCA, Batangafo et Kabo - OCBA</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>En 2006, MSF a démarré une intervention chirurgicale à Batangafo et Kabo en réponse aux victimes de violence.</li> <li>En 2007, il a été décidé d'étendre les activités à l'hôpital, dont les SSP, la SSR, la THA et les soins secondaires.</li> <li>En 2007, l'équipe a détecté une forte prévalence du VIH parmi les donneurs de sang (17%) et les patients hospitalisés et a proposé d'inclure des activités VIH. Une « stratégie passive » a été mise en place : seuls les patients de stade 3 et 4 de l'OMS étaient dépistés et mis sous TAR.</li> <li>En 2010, le CDV a débuté et MSF est passé en mode de « stratégie active ».</li> </ul>		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
2007	Stratégie minimale : stades 3 et 4 de l'OMS chez les patients hospitalisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test VIH pour les patients aux stades 3 et 4</li> <li>Traitement des IO principales</li> <li>Initiation sous ARV en fonction du stade clinique</li> <li>Prestation de services PTME à l'ANC</li> <li>Formation du personnel national (infirmières) pour fournir des soins VIH</li> <li>Poste international VIH &amp; TB volant pour mettre en place les activités à Kabo et Batangafo</li> <li>S&amp;E basique sous format papier</li> <li>MSF en charge à 100% de l'approvisionnement en médicaments</li> </ul>	Depuis le début du projet, et en fonction de la disponibilité des RH, il y a eu un point focal pour le VIH et la TB en charge de la supervision de ces activités.
2010	Stratégie élargie : site de CDV dans l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le MS démarre le CDV et MSF soutient avec des formations et des stocks de sécurité</li> <li>Le MS approvisionne en médicaments principaux et MSF couvre les ruptures de stock et les traitements à base de TDF</li> <li>Mise en place du Dynabits pour les CD4 et de la créatinine PoC</li> <li>Envoi d'échantillons TSS à Bangui pour la PCR ADN (EID) et pour la CV en cas de suspicion d'échec thérapeutique</li> <li>Plaidoyer au niveau de Bangui pour changer les protocoles nationaux</li> <li>Elargissement du même package d'activités au projet de Ndele</li> </ul>	
<p><b>Principaux points à souligner</b></p> <p>Fin 2013, 833 patients ont été diagnostiqués avec le VIH, et 481 (57,7%) ont commencé la thérapie antirétrovirale. 348 (78%) des patients sont encore sous TAR, 33 (7%) sont morts, 48 (11%) sont perdus de vue, et 13 (3%) ont été transférés à un autre programme. Les résultats sont similaires à ceux des projets VIH verticaux.</p>			

<b>Où ?</b> <b>Contexte</b>	<b>RCA, Paoua - OCP</b> OCP a commencé à travailler à l'hôpital de district de Paoua en 2006 suite aux violences et à l'instabilité qui ont conduit les populations à fuir, y compris le personnel médical de l'hôpital. Comme il n'y avait plus d'employés sur place, à l'exception de deux membres du personnel du MS, (le directeur de l'hôpital et une infirmière), MSF a été obligé d'embaucher du personnel, la plupart venant de Bangui. En 2008, l'équipe a signalé des maladies liées au VIH dans les services d'hospitalisation pour adultes, ainsi que des patients à forte suspicion de VIH/SIDA se présentant aux consultations externes pour symptômes récurrents (diarrhée, sensation de faiblesse et amaigrissement). Dans le service de nutrition, les enfants ne répondant pas au traitement nutritionnel étaient soupçonnés d'être atteints du VIH/SIDA.		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
2008	Package minimum de soins VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage des cas suspects pour le VIH (priorité à la TB et aux stades 3 et 4)</li> <li>• Traitement des IO</li> <li>• Counseling TAR</li> <li>• Traitement ARV dès que le patient était prêt (suivant le protocole du MS : D4T/3TC/NVP puis AZT/3TC/NVP)</li> <li>• Lobby au niveau de Bangui pour l'accès au TAR dans cette zone.</li> <li>• Manque d'espace au niveau des consultations externes débordées par les consultations pédiatriques et adultes, donc mise à disposition de trois pièces pour les activités TB/VIH (consultation, counseling, administratif/dispensation des médicaments)</li> <li>• 3 membres du personnel existant dédiés en grande partie à cette activité (un médecin principalement impliqué dans l'aile d'hospitalisation, une infirmière et un conseiller) mais plus tard, rotation du personnel de l'hôpital (partiellement effectif)</li> <li>• Aucun outil biologique spécifique mis en place, à l'exception des tests VIH</li> </ul>	Très faible sensibilisation sur le VIH/SIDA au sein de la population : counseling pour le dépistage du VIH difficile (stigmatisation +++ et problèmes de confidentialité).  Soutien nutritionnel fourni par le PAM pour les patients sous TAR pendant un an. Des problèmes de rétention des patients sous traitement ont été rencontrés lors de l'arrêt de l'approvisionnement en aliments.
2009	Le MS démarre la PTME (Option A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSF en charge de l'organisation du suivi (mère et bébé exposé)</li> <li>• MSF fournit des stocks tampon pour les ARV et les sirops de NVP</li> <li>• MSF soutient la collecte de données à l'aide d'un système de registre papier</li> </ul>	Le principal défi est le suivi du bébé jusqu'au statut final étant donné que c'était fait au niveau du PEV où les infirmières avaient un très faible niveau de connaissance pour détecter les signes cliniques évocateurs du VIH chez les enfants exposés.
2010	Le MS démarre un service de CDV à l'intérieur de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSF réfère les patients stables sous TAR au MS, et le MS réfère à MSF les patients à initier sous TAR et les patients instables. MSF soutient la logistique (aide à la commande des ARVs, aide à l'envoi de la commande à la bonne personne sur Bangui et aide pour le transport des médicaments de Bangui à Paoua)</li> <li>• Les ARV proviennent du MS, du FM et de la Banque Mondiale. Une commande commune est faite avec le MS. MSF possède un stock tampon en cas de nécessité.</li> </ul>	Il finit par y avoir deux cohortes : une MSF et une du MS. Fin 2013, fusion des deux cohortes en une seule cohorte MS (avec soutien de MSF).  Défi principal : les patients qui viennent avec retard à la clinique ARV.

2012	Élargir l'accès au TAR aux patients aux stades 1 et 2 de la maladie ayant des critères immunologiques pour démarrer les ARV (CD4 < 350)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une machine PIMA CD4</li> <li>• S&amp;E depuis le début sur base des registres pré-TAR et TAR</li> <li>• Dossier du patient avec numéro d'identification maintenu dans une armoire dans la salle de consultation.</li> <li>• Carte de santé VIH et numéro d'identification spécifique gardé par le patient</li> </ul>	Équipe formée au début du projet pour compléter les registres et fournir des données minimales sur la cohorte (rétention). Mais le renouvellement de l'équipe nationale et expatriée a conduit à une perte de la mémoire sur la façon d'entretenir correctement les systèmes de surveillance (agenda des rendez-vous, registres pré-TAR et TAR).
<p><b>Principaux points à souligner</b></p> <p>En 2013, 1235 patients VIH sont suivis et 850 sont sous ARV. Cependant, le principal défi est que les patients viennent avec beaucoup de retard à la consultation. L'équipe voulait comprendre les raisons, afin de mieux adapter les soins aux besoins de ces patients, mais les événements fin 2013 ne l'ont pas permis.</p>			

<b>Où ?</b>	<b>RCA, Zemio - OCA</b>		
<b>Contexte</b>	OCA a commencé à travailler à Zemio en 2010, sur base des besoins des personnes déplacées en raison de présence de la LRA et des réfugiés de la RDC. MSF intègre ses activités au sein de l'hôpital en soutenant l'hospitalisation, la CPN et les consultations externes. Du personnel national est embauché de Bangui. En 2011, l'équipe signale des besoins en termes de soins pour les patients VIH et TB, ainsi que de nombreux patients suspects.		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
2011	Package minimum de soins VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage des cas suspects de VIH (priorité à la TB, stades 3 et 4)</li> <li>• Traitement IO</li> <li>• CDVIH et counseling TAR avec le personnel du MS encore présents à ce moment.</li> <li>• Traitement ARV avec TDF/3TC/EFV</li> <li>• Activités démarrées progressivement avec le soutien sur place d'un Référent HIV de la Manson Unit (un « flying Implementer ») et en suivant un chronogramme pour la période prévue des activités.</li> <li>• Aucune mise en place d'outil biologique spécifique, à l'exception des tests VIH</li> <li>• Intégration d'un plan d'urgence en cas d'interruption des services</li> </ul>	Communauté très réceptive au programme, car il y avait eu un programme du MS dans le passé.
2012	PMTCT (Option B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSF soutient l'intégration des soins au sein de la CPN ; le personnel CPN était du personnel du MS</li> <li>• MSF soutient la collecte de données à l'aide d'un système de registre papier</li> <li>• Le TAR pour les femmes enceintes a débuté par une forte demande, exigeant une attention immédiate</li> </ul>	Le principal défi était le besoin élevé de mères VIH+ identifiées dans la communauté, étant donné que d'autres organisations faisaient du dépistage communautaire.
2012	Diagnostic TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSF a mis en place le GeneXpert dans le laboratoire (en raison également de la faible qualité des frottis dans des laboratoires très basiques)</li> </ul>	
<p><b>Principaux points à souligner</b></p> <p>Le plan d'urgence n'a pas été appliqué correctement alors qu'il aurait dû être une priorité dans ce cadre.</p>			

## Soudan du Sud

<b>Où ?</b> <b>Contexte</b>	<b>Soudan du Sud, Agok - OCG</b> Soins de santé primaires et secondaires à travers les consultations externes (< 5 ans), un service d'hospitalisation de 65 lits et des cliniques mobiles pour les personnes déplacées d'Abyei. Distance importante jusqu'au premier centre offrant des soins VIH, MS faible. Soins TB depuis 2009. Cliniciens et sages-femmes qualifiés. Demande d'intégration de soins VIH de la part du terrain. La prévalence du VIH semble être faible (< 1%). 2 visites (de cinq semaines à chaque fois) d'un "flying implementer" TB/VIH pour aider à la définition de la stratégie, aux protocoles, aux outils et à la formation au lit du patient.		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
2009	Soins TB	Une infirmière dédiée aux soins TB	Difficultés de rétention des patients dans les soins (saison des pluies) Plan d'urgence pas efficace
Depuis sept. 2012	CDIS incluant la « PTME d'urgence »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les patients TB, les patients du CNTI ne répondant pas aux traitements nutritionnels, les patients atteints d'IST, et les patients aux stades 3 et 4 de l'OMS</li> <li>Pas de suppléments RH, une personne clé est formée. Le counseling et la délivrance de médicaments fait par une infirmière assistante ou une infirmière.</li> <li>Approche familiale (trois co-épouses, 5 enfants/femme)</li> <li>TDF + 3TC + EFV en première ligne (MSF)</li> <li>PoC Créatinine</li> <li>Numération des CD4 : PIMA prévue</li> <li>Plan d'urgence</li> </ul>	Problème à l'égard du secret professionnel Difficultés d'approvisionnement 1 clinicien en tant que point focal et des infirmières formées au counseling
	Donneurs de sang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pré-test effectué par des techniciens de laboratoire, post-test fait si le patient le souhaite en lien avec une personne médicale</li> </ul>	
	CDV pour le personnel MSF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Libre choix de l'ASC</li> <li>Encodage pour assurer la confidentialité</li> </ul>	
	Sensibilisation de la communauté/ actions de prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions avec des contacts au sein de la communauté, réseau avec les autorités, d'autres partenaires, des dirigeants d'écoles ou d'églises, des associations locales de femmes</li> </ul>	Choix des outils pour la sensibilisation discuté avec notre personnel national
	Premier patient TB pharmacorésistant confirmé (non VIH/ non HBV/non HCV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schéma thérapeutique de 9 mois</li> </ul>	Retard dans l'approvisionnement de médicaments
	La recherche des abandons devient commune pour la TB/VIH et la malnutrition		
Nov. 2013	PTME systématique durant les CPN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besoin de RH formées supplémentaires</li> <li>Locaux appropriés assurant la confidentialité nécessaire</li> </ul>	Politique nationale : option A, en révision pour l'option B +
<b>Principaux points à souligner</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>19 patients dans la cohorte après 8 mois</li> <li>Difficultés d'approvisionnement en médicaments et de rétention des patients dans les soins durant la saison des pluies</li> <li>Exemple positif de bonne intégration au sein d'un projet de MSF sans ajouter de RH dans un environnement à faible prévalence</li> <li>Pas de plan de passation au MS programme 100% MSF pour le moment</li> </ul>			

<b>Où ?</b> <b>Contexte</b>	<b>Soudan du Sud, Leer - OCA</b> Soins de santé primaires et secondaires : consultations externes, hospitalisation et cliniques mobiles. Population dispersée, provenant d'une région très étendue et parcourant de grandes distances pour l'accès aux soins. Soins TB depuis de nombreuses années ; VIH intégré quelques années plus tôt et interrompu ensuite. Aucun membre du personnel national qualifié. Prévalence VIH parmi les donneurs de sang autour de 7%. Visites intermittentes d'un "flying Implementer" TB/VIH pendant sept mois.		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
< 2010	Soins TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmière dédiée aux soins TB, programme parallèle pour la TB pharmacorésistante</li> </ul>	
2010	CDIS VIH et TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les patients tuberculeux et KA, les patients atteints d'IST, les patients aux stades 3 et 4 hospitalisés</li> <li>• Pas de RH supplémentaires, formation par le "flying implementer"</li> <li>• Personnel identifié pour le counseling</li> <li>• TDF + 3TC + EFV en première ligne</li> <li>• Tous les cliniciens sont formés ; système de rotation</li> <li>• Echantillons des crachats des patients en retraitement et suspects de résistance sont référés à Anvers pour culture et antibiogramme</li> <li>• Premier patient avec TB-MR identifié</li> <li>• Dépistage du VIH pour les femmes enceintes malades ou les femmes avec IST</li> </ul>	<p>Problèmes de stigmatisation dans la communauté.</p> <p>Difficultés de mise en place de la recherche des perdus de vue.</p> <p>S&amp;E et Fuchia échouent, besoin de chercher des alternatives sur le S&amp;E.</p> <p>Registres papier mis en place.</p>
2011	Intégration de soins pour la TB pharmacorésistante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux médicaments pour le schéma thérapeutique TB-MR de neuf mois</li> <li>• Premier patient TB-MR traité</li> </ul>	Manque d'acceptation de la pleine intégration de la PTME
<b>Principaux points à souligner</b> 100 patients sous TAR après un an			

## Mali

<b>Où ?</b> <b>Contexte</b>	<b>Koutiala, Mali - OCP</b> Instable. Projet pédiatrique.		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
En cours	CDIS VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les enfants souffrant de malnutrition sévère hospitalisés et cliniquement suspects de VIH. Identification par MSF. Counseling fourni par le personnel formé du MS. Dépistage au sein du service VIH du MS.</li> </ul>	Besoin d'étendre à tous les enfants sévèrement malnutris hospitalisés dans le programme de nutrition et/ou dans les soins intensifs.
	Support au laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fourniture de réactifs et de TDR pour le dépistage du VIH en raison des ruptures du MS. Test ELISA Immunocomb comme 3<sup>e</sup> test en cas de disparité mis en place par MSF.</li> </ul>	

A partir de mi-2013	Évaluer la poursuite de l'intégration des soins VIH pour les enfants < 5 ans dans les activités MSF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer la capacité du MS d' étendre les soins pédiatriques VIH comprenant le counseling, le dépistage, le laboratoire, les ARV, et les activités de soutien et de suivi.</li> </ul>	Mettre en place des soins VIH pour les enfants < 5 ans, en collaboration avec le MS, avec la participation de MSF selon l'évaluation effectuée.
<p><b>Principaux points à souligner</b></p> <p>MSF est un acteur majeur dans la prestation de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de 5 ans dans le district de Koutiala. Avec plus de 10.000 admissions d'enfants de moins de 5 ans/an dont plus de 60% d'enfants sévèrement malnutris au cours de la haute saison à l'hôpital, le nombre d'enfants malnutris malades et/ou compliqués traités par MSF est très significatif. La prévalence nationale du VIH est de 1,3% mais, pour la zone couverte 'Koutiala' elle est à 4,3%. Cette région a également la plus forte prévalence de co-infection VIH-TB du pays. Bien que les soins VIH soient gratuits pour tous au Mali, très peu de gens cherchent à se faire dépister pour le VIH. Le projet de MSF se concentre sur les enfants &lt; 5 ans, mais le dépistage et les soins VIH sont un point d'entrée pour la détection précoce du VIH chez les adultes aussi (notamment des mères). Plus important encore, le projet considère les soins VIH comme faisant partie du package global des soins pédiatriques pour les enfants.</p>			

## RDC

<b>Où ?</b>	<b>RDC, Nord-Kivu, projet Mweso - OCA</b>		
<b>Contexte</b>	Conflit actif, pauvreté, site rural très isolé.		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
2011	Démarrage du programme VIH et support pour les soins TB (PNT du MS) à l'hôpital de Mweso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme VIH intégré dans les activités de soins de santé primaires et secondaires. Comprend : CDIS (y compris tous les patients atteints de TB) + TAR + traitement IO + soutien aux patients.</li> </ul>	
2012	Inclusion de : PTME, CD4, EID (PCR en utilisant le TSS), démarrage d'une composante TB-MR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le MS a commencé son propre programme de TB-MR dans les unités soutenues par MSF ; MSF décide de soutenir les activités de TB-MR.</li> </ul>	
2013	Décentralisation vers les centres de santé soutenue par MSF		
<p><b>Principaux points à souligner</b></p> <p>Sur les trois missions MSF OCA en RDC, le Nord-Kivu a été le dernier à commencer à inclure des soins VIH ; il y avait une inquiétude au niveau des décideurs MSF (mais pas au niveau des équipes médicales en première ligne) que ces soins de maladies chroniques soient impossible au Nord-Kivu et que MSF devait se concentrer sur d'autres priorités. Néanmoins, l'absence totale de possibilités de mise en place de soins VIH du côté du MS a été décisive dans un accord pour démarrer les activités en 2011.</p> <p>Quant à la tuberculose, il a été décidé de fournir un soutien au PNT du MS en 2010, mais il y avait beaucoup de réticences de la part de MSF pour inclure des activités de TB-MR pour les mêmes raisons qu'évoquées précédemment pour le VIH (conflits, autres priorités, problèmes d'observance,...). Il a finalement été décidé de se concentrer sur la TB-MR seulement quand toutes les composantes de soins VIH (dont la PTME) seraient solidement en place. Cependant, en 2012, le MS décida d'aller de l'avant avec les soins de TB-MR dans la région de Mweso. Étant donné que le programme présentait de sérieux problèmes de qualité, MSF OCA a finalement décidé d'appuyer les activités de TB-MR, depuis le diagnostic (envoi d'échantillons à Anvers) aux traitements et soutien aux patients.</p>			

<b>Où ?</b> <b>Contexte</b>	<b>RDC, province du Katanga, projets de Dubie et Kilwa (et Shamwana) - OCA</b> 1998 – 2006 : conflit actif - Après : situation post conflit - 2011-2012 : recrudescence des combats. Rural, isolé, pauvre.		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
2007	Démarrage du programme de soins VIH à Dubie et Kilwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins VIH dont ARV, CDVIH, PTME, traitement des IO, traitement de la TB, soutien aux patients. Hôpitaux régionaux et de district, et centres de santé.</li> </ul>	Tous les commentaires dans la section « Principaux points à souligner »
2010	Fermeture des projets de Dubie et Kilwa ; poursuite des soins VIH pour les patients présents dans la cohorte au moment de la fermeture (cohorte "fermée"). Ouverture d'un nouveau projet : Shamwana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun partenaire potentiel pour le transfert des activités de Dubie et Kilwa ; il est décidé de poursuivre l'approvisionnement d'ARV pour la cohorte fermée (seulement pour ceux déjà sous TAR au moment de la fermeture) + « contrôle à distance » à partir de Shamwana (incluant 1 à 2 visites mensuelles) + une infirmière MSF conservée dans chaque projet + approvisionnement en ARV et médicaments pour les IO.</li> <li>Shamwana : programme VIH intégré (mêmes composantes qu'à Dubie et Kilwa).</li> </ul>	
2011	Amélioration de la stratégie de « contrôle à distance » de Dubie et Kilwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise à disposition de CDVIH pour le VIH + TAR + PTME pour tous les membres directs de la famille des patients déjà sous traitement TAR ; approvisionnement en ARV pour les patients VIH+ de la cohorte qui n'avaient pas encore démarré les ARV au moment de la fermeture (2010).</li> </ul>	
2012	Combats actifs dans la zone de Shamwana - populations déplacées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'urgence faible – nombre important de perdus de vue</li> </ul>	
2013	Dubie et Kilwa : démarrage de la passation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenaires pour la passation (ICAP + MS) finalement identifiés par le point focal plaidoyer VIH/TB de MSF dans le pays. Plan conjoint conçu pour une passation complète en 2014 + visites de suivi par après.</li> </ul>	

#### Principaux points à souligner

MSF a commencé les activités de soins VIH à travers un programme intégré en 2007, avec des cliniques à Dubie et Kilwa, à une période de conflit actif au Katanga.

La stabilité s'est développée progressivement et le conflit a cessé. Par conséquent, MSF a décidé de cesser ses activités et de quitter la zone en 2009, pour aller vers une zone encore plus isolée et plus instable (Shamwana, où la mise sous TAR a commencé la même année). Cependant, dans les deux sites de Dubie et Kilwa, il y avait plus de 100 patients sous TAR et, après une recherche exhaustive, aucun partenaire potentiel pour une passation des activités n'a été identifié (y compris le MS, sans fonds ou capacité). MSF OCA, contre l'idée d'interrompre des médicaments vitaux tels que les ARV, décide à la place de maintenir une présence minimale dans les deux sites, avec une infirmière MSF sur chaque site, de continuer l'approvisionnement en ARV pour les patients déjà sous traitement, et d'effectuer des visites régulières (environ tous les 2 mois) par un médecin MSF basé à l'emplacement du programme en cours (Shamwana).

En 2011, des problèmes avec cette approche sont identifiés et corrigés, permettant la mise sous traitement des membres directs de la famille des patients déjà sous TAR (maris, femmes et enfants) répondant aux critères d'inclusion, ainsi que la mise en place d'activités PTME pour la cohorte.

La prestation de soins a continué sans aucune possibilité de passation jusqu'en 2013, lorsque les efforts de l'équipe nationale de MSF en RDC (dont un médecin expatrié MSF agissant comme point focal VIH/TB pour le plaidoyer et la mise en œuvre) ont porté leurs fruits : une autre organisation (ICAP) avec des fonds sécurisés (PEPFAR) a accepté de recevoir notre cohorte (en collaboration avec le MS) ; un plan conjoint de passation a été fait ensemble, prévoyant la passation progressive sur des activités spécifiques et, après cela, des visites régulières de supervision afin de garantir la continuité dans la qualité des soins, et d'éviter l'effondrement des activités (comme cela était arrivé à Bukavu, Sud-Kivu).

Notons, à Shamwana, une recrudescence inattendue du conflit en 2012, entraînant des déplacements et de l'insécurité dans la zone du projet. Les plans d'urgence et leur mise en œuvre n'étant pas encore finalisés, de nombreux patients ont été perdus de vue, ce qui souligne l'importance de la mise en place rapide de ces activités, même dans les zones de post conflit sans risque élevé de conflit actif.

Où ? Contexte	<b>RDC, Sud-Kivu, projet de Baraka (&amp; Bukavu &amp; Kimbi Lullengue) - OCA</b> Conflit (y compris violence sexuelle - jusqu'en 2009 à Bukavu, et plus tard pour les autres endroits), instable, milieu rural isolé (Baraka & Kimbi) ou urbain (Bukavu, capitale de la province), exploitation minière et migrants (Kimbi Lullengue). Pauvreté.		
Quand ?	Quoi ?	Comment ?	Commentaires
2003	Démarrage du programme VIH dans le projet de Bukavu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projet vertical avec : CDVIH (ouvert) + TAR + traitement IO + labo (incluant CD4) + PTME + TB + soutien aux patients, tous fournis par MSF dans l'hôpital régional, l'hôpital de district et les centres de santé .</li> </ul>	Le conflit était actif. Un des premiers programmes ARV dans un contexte de conflit.
2004	Combats actifs à Bukavu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'urgence activé</li> </ul>	
2006	Démarrage d'un programme VIH dans un nouveau projet : Baraka (incluant un programme TB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme VIH intégré dans un projet de soins de santé primaire et secondaire dans un hôpital et certains centres de santé.</li> <li>Programme VIH avec des composants similaires à celles de Bukavu.</li> <li>Soins TB soutenant le PNT du MS.</li> </ul>	Bukavu étant devenu plus stable, les activités se sont éloignées de Bukavu et se sont concentrées sur des zones plus instables et plus isolées au sud de la province
2009	Fermeture du programme VIH MSF à Bukavu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Passation au MS + une autre ONG (GTZ)</li> </ul>	
	Démarrage d'un programme TB-MR à Baraka	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostic : envoi de crachats au laboratoire supranational d'Anvers par DHL (culture/antibiogramme; test de Hain ajouté plus tard) + médicaments (schéma thérapeutique OMS de deux ans) + hébergement + soutien aux patients fournis par MSF.</li> <li>Lors de la deuxième année du projet, passage à un traitement complètement ambulatoire.</li> <li>Lors de la troisième année, GeneXpert dans le projet (fourni par un autre partenaire).</li> </ul>	
2011	Un nouveau projet démarre plus au sud de la province, à Lulimba : soins VIH et TB (incorporant la TB-MR plus tard)		Une des justifications pour un nouvel emplacement du projet a été le fait que de nombreux patients dans les cohortes VIH ou TB-MR provenaient réellement de cet endroit, permettant la dispensation d'un traitement vital plus proche du patient.
2012	Démarrage des soins VIH et TB (dont la TB pharmacorésistante) dans la nouvelle localisation du projet : Kimbi Lullengue EID (PCR) dans tous les projets	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mêmes activités et ressources que dans le programme de Baraka. Les patients provenant de Kimbi et recevant des soins à Baraka sont transférés à Kimbi.</li> </ul>	
2013	Schéma thérapeutique TB-MR : passe au traitement court de 9 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autorisation reçue après de longues négociations avec le PTN/MS.</li> </ul>	

**Principaux points à souligner**

En 2009, l'ensemble de la cohorte de Bukavu (plus de 1000 patients) a été transférée au MS, lui-même soutenu par une ONG allemande (GTZ) avec un financement du Fonds Mondial. MSF a travaillé en collaboration avec GTZ (et le MS) en fournissant des données sur les nombres de patients à traiter, des données de consommation, de la formation, etc.

Cependant, 1 an après le départ de MSF, GTZ a manqué de fonds et ne pouvait plus continuer les soins des patients, conduisant à une diminution des admissions, un manque d'approvisionnement en médicaments pour les IO, et des perdus de vue. Une nouvelle analyse a été faite pour voir si MSF OCA devait revenir à Bukavu et redémarrer le soutien. Toutefois, le MS a réussi à orienter les patients vers d'autres unités où les ARV étaient délivrés par le MS, sans avoir besoin que MSF revienne à Bukavu.

Quant à Baraka, les soins VIH ont été décentralisés progressivement vers d'autres centres de santé soutenus par MSF (un travail toujours en cours au moment de la rédaction du présent document), dont la PTME. Le diagnostic précoce du nourrisson se fait en envoyant des échantillons sous forme de taches de sang séchées (TSS) à un laboratoire agréé en Afrique du Sud (où la charge virale ciblée se fait aussi).

La prestation de soins TB et le support au PNT du MS a été fait depuis le début. Les soins incluait une unité d'admission de patients, étant donné que la plupart d'entre eux vivaient loin et étaient en mauvaise condition clinique. Peu à peu, le programme s'est orienté vers les soins ambulatoires pour l'ensemble du traitement, un GeneXpert a été installé dans le projet, et de longues négociations avec le MS se sont enfin traduites par l'autorisation d'utiliser le schéma thérapeutique court de neuf mois pour la TB-MR, qui semble particulièrement adapté pour les contextes pauvres et isolés avec conflit.

**Somalie**

<b>Où ? Contexte</b>	<b>Somalie, Galkayo Nord (GN), Galkayo Sud (GS) et Marere - OCA</b> Conflit actif. Projets sous « contrôle à distance », personnel national uniquement présent dans le pays et géré depuis les bureaux de Nairobi, aucun expatrié sur le terrain. Visites Flash (y compris pour les expatriés) seulement à Galkayo. Programme de Galkayo Nord axé sur la TB et la malnutrition ; Galkayo Sud fournit des soins de santé primaire et secondaire (dont le soutien d'un hôpital, incluant la maternité et la chirurgie) ; Marere est axé sur les soins primaires, la TB et la malnutrition.		
<b>Quand ?</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>Comment ?</b>	<b>Commentaires</b>
2005 (GN) 2006 (GS) 2007 (Marere)	Prestations de soins TB (dans tous les projets)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes TB : diagnostic (frottis) + traitement et soutien aux patients fournis par MSF (incluant les villages TB).</li> </ul>	Voir plan d'urgence ci-dessus
2011 à GN	CDVIH pour les patients TB + référence pour TAR vers un autre prestataire (clinique de l'ONG Merlin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CDVIH fait par l'infirmière TB.</li> <li>• Patients VIH+ transférés pour TAR à la clinique VIH soutenue par Merlin (avec le MS). Plans pour commencer à fournir des ARV dans la clinique MSF en 2013.</li> </ul>	<p>Envoi d'échantillons au laboratoire supranational à Anvers : vols irréguliers et DHL peu fiable</p> <p>Clôture en Août 2013 : MSF a quitté la Somalie à cause de l'insécurité</p>
Janv. 2013 à GN	Soins TB-MR (GN) Schéma thérapeutique court de neuf mois (après accord conclu avec le MS du Puntland)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TB-MR (Galkayo) : diagnostic des cas suspects (retraitements) par GeneXpert dans le projet + envoi de crachats pour la culture/antibiogramme et test de Hain pour confirmation à Anvers <i>dans la mesure du possible</i> (DHL peu fiable et vols irréguliers).</li> <li>• Consultations externes avec des dispensateurs DOT MSF.</li> <li>• Capacité biochimique de créatinine + ALAT dans le projet.</li> </ul>	

**Principaux points à souligner**

Marere, tous sous «contrôle à distance» de Nairobi (car la présence expatriée n'était pas possible), avec des visites flash par les équipes en capitale (y compris les expatriés) à Galkayo. Pour Marere, aucune visite n'a pu être faite pendant des années (conflit actif et massacres dans le pays).

MSF a fourni des soins TB dans tous les projets depuis le démarrage des activités ; suite à l'évacuation du personnel expatrié, le personnel national a été responsable du programme TB, incluant les soins aux patients.

Longues discussions concernant le démarrage de la TB-MR (et des ARV) - préoccupations concernant l'observance, l'engagement à long terme, les priorités concurrentes en zone de conflit, etc. Décision de tester les patients TB pour le VIH et de référer à un autre prestataire (clinique Merlin). En 2012 a commencé la préparation (dont la formation et les commandes de médicaments) du programme TB-MR à Galkayo Nord, utilisant le schéma thérapeutique court de neuf mois (après approbation du MS du Puntland), particulièrement adapté à ces situations de conflit difficiles.

Cependant, après que 19 patients aient été mis sous traitement (15 toujours suivis), MSF a décidé d'arrêter toutes les activités en raison de violences récurrentes. La grande question était : comment continuer le traitement des patients TB, dont les patients TB-MR ?

Pour la TB pharmacosensible (tous les patients TB recevant la catégorie 1 ou 2) : don de TOUS les médicaments nécessaires à l'achèvement du traitement TB (sauf la streptomycine puisque le personnel pour l'administration des injections IM n'était pas disponible), couplé avec de l'éducation à la santé soulignant l'importance d'une bonne observance + quand arrêter les médicaments antituberculeux définitivement (en cas de signes de toxicité hépatique, surtout jaunisse).

Pour les patients atteints de TB-MR à Galkayo : décision de soutenir la fin du traitement des 14 patients sous traitement par : don de tous les médicaments nécessaires à l'achèvement du traitement ; soutien technique aux doutes cliniques par email ; poursuite de la prestation de soins par le médecin national ex-MSF ; accès aux équipements de laboratoire laissés sur place (y compris les tests de créatinine et frottis d'expectoration). A noter, le MS du Puntland était extrêmement déçu de la décision de MSF de quitter le pays, menaçant « de le rendre public » au cas où MSF n'appuyait pas la fin du traitement pour sa cohorte.

## **Annexe 9. Exemple de commande pour continuation des traitements ARV et TB en urgence**

Voir le CD-ROM.

## Annexe 10. Plans d'urgence - Etudes de cas

### *Plan d'urgence en place*

<b>Où ?</b>	<b>RCA - OCBA</b>
<b>Nature du risque/raison d'être du plan</b>	Insécurité
<b>Grandes lignes du plan d'urgence</b>	Plan en place, personnel et patients formés à l'utilisation des « run-away bags » avec davantage de stock et une « tail protection »
<b>Plan d'urgence utilisé ?</b>	Oui en 2013
<b>Si oui, leçons retenues ?</b>	Difficile à mettre en place, bien que 86% des patients aient reçu leur « run-away bag »

<b>Où ?</b>	<b>RDC, Sud-Kivu, projet de Bukavu (plans similaires mis en place à Baraka et Kimbi Lullengue) - OCA</b>
<b>Nature du risque/raison d'être du plan</b>	Conflit actif
<b>Grandes lignes du plan d'urgence</b>	Dispensation de quantités supplémentaires d'ARV ("run-away bags") + « tail protection » + éducation à la santé ; en supplément (mais impossible à mettre en œuvre) : autres sources d'approvisionnement en ARV ; PTME option B
<b>Plan d'urgence utilisé ?</b>	Oui - Bukavu, 2004 (combats actifs)
<b>Si oui, leçons retenues ?</b>	Importance d'avoir à l'avance un plan d'urgence fort et clair

<b>Où ?</b>	<b>RDC, province du Katanga, projet de Shamwanna - OCA</b>
<b>Nature du risque/raison d'être du plan</b>	Zone post conflit, stable depuis des années – risque de recrudescence de la violence sous-estimé
<b>Grandes lignes du plan d'urgence</b>	Similaire au Sud-Kivu (voir ci-dessus) ; néanmoins, seulement mis en place partiellement au moment du conflit
<b>Plan d'urgence utilisé ?</b>	Insuffisamment – le risque de conflit actif a été jugé comme faible
<b>Si oui, leçons retenues ?</b>	Perdus de vue très importants (mais petite cohorte)

<b>Où ?</b>	<b>Somalie, Galkayo Nord (GN), Galkayo Sud (GS) et Marere - OCA</b>
<b>Nature du risque/raison d'être du plan</b>	Violence, conflit.
<b>Grandes lignes du plan d'urgence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le programme TB "normal" : lors de l'interruption soudaine des activités, des options d'urgence ont été discutées à différentes reprises, mais sans aucun accord. Décision de fermer les projets, et accord sur le fait de dispenser tous les médicaments antituberculeux (sauf la streptomycine) à tous les patients (sauf déficience mentale grave et absence de support) pour finir le traitement TB complet (catégories 1 et 2), avec éducation à la santé intensive (comprenant l'importance de l'adhésion et des instructions claires sur quand arrêter le traitement : par exemple signes d'hépatite). A Galkayo, le MS et/ou d'autres partenaires poursuivent la prestation de soins (donc avec possibilité d'un soutien supplémentaire au patient). A Marere, un groupe de rebelles a repris hôpital, et donc poursuite du soutien pour les patients TB. A noter, pas de possibilités de références.</li> <li>• Pour les soins VIH à GN, poursuite avec un autre prestataire.</li> <li>• Pour Galkayo Nord, programme TB-MR : don de médicaments pour finir le traitement pour l'ensemble de la cohorte (15 patients), schéma thérapeutique court de 9 mois, choisi entre autres, en raison du risque d'interruption du programme ; poursuite des soins par le personnel MSF restant (puis personnel non MSF après le départ de MSF) en utilisant les structures hospitalières, y compris les fournitures de laboratoire : frottis d'expectoration, créatinine et ALAT ; soutien technique pour les questions cliniques jusqu'à la fin du traitement (pas formellement par MSF, mais arrangé).</li> </ul>
<b>Plan d'urgence utilisé ?</b>	Oui, même si, malgré les discussions et l'adoption du schéma thérapeutique court de 9 mois en raison, entre autres, du risque d'interruption des activités, le plan d'urgence n'a été finalisé que peu de temps avant la fermeture de la mission.
<b>Si oui, leçons retenues ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance d'avoir un plan d'urgence clair convenu à l'avance ; cependant, si pas possible (pas de consensus), plaidoyer intense pour la mise en place rapide avant de quitter</li> <li>• Importance de l'utilisation du schéma thérapeutique de 9 mois pour la TB pharmaco-résistante dans les milieux instables, qui permettra la poursuite des soins sur une durée plus courte et avec un soutien plus limité</li> <li>• Rôle clé du personnel national, qui doit être responsabilisé dans tous les projets MSF</li> <li>• Travail long et persistant nécessaire pour rassurer, convaincre et enfin commencer la mise en œuvre des soins TB-MR et VIH dans des projets MSF à contextes instables - mais faisable.</li> </ul>

***Absence de plan d'urgence en place***

<b>Où ?</b>	<b>Mozambique - OCG</b>
<b>Nature du risque/raison d'être du plan</b>	Inondations
<b>Grandes lignes du plan d'urgence</b>	Pas de plan d'urgence
<b>Plan d'urgence utilisé ?</b>	Evaluation MSF après les inondations du 22 Janvier 2013 : approvisionnement en ARV et soutien médical aux consultations dès le 30 Janvier
<b>Si oui, leçons retenues ?</b>	55% de la cohorte VIH totale a raté des jours de traitement Perte de dossiers patients, des registres

## Annexe 11. Exemple d'un tableau de bord pour la passation des activités VIH/TB

### Objectif stratégique

Pour Juin 2011, le MS est capable de fournir une gamme complète de soins VIH/TB de qualité, avec supervision MSF, dans 6 centres de santé du district de Buhera.

Objectif opérationnel	Indicateurs	Centre de santé 1	Centre de santé 2	Centre de santé 3	Centre de santé 4	Centre de santé 5	Centre de santé 6
<b>Accréditation</b>	Centre de santé accrédité pour le suivi et l'initiation ARV						
	% de tous les patients suivis consultés par le MS						
	% d'adultes cibles démarrés sous ARV par le MS						
	% d'enfants cibles démarrés sous ARV par le MS						
<b>Résultats</b>	Décès et perdus de vue						
	Score de supervision						
	2 infirmières capables de suivre tous les patients pré-TAR et TAR						
<b>RH infirmières</b>	2 infirmières capables de démarrer les traitements ARV						
	2 infirmières capables de faire le suivi TB						
	2 infirmières capables de démarrer le traitement TB						
	2 infirmières capables d'effectuer la PTME dans son ensemble						

Objectif opérationnel	Indicateurs	Centre de santé 1	Centre de santé 2	Centre de santé 3	Centre de santé 4	Centre de santé 5	Centre de santé 6
<b>RH éducateurs/ conseillers</b>	1 éducateur/conseiller PC du MS pour faire l'éducation à la santé, le CDVIH et le counseling VIH, TB et PTME						
<b>RH admin</b>	Observations, enregistrement et classement par le MS						
<b>Appro médical</b>	Commande ARV et IO faite par le MS						
	Intégralité des médicaments délivrés par le MS						
<b>Services labo</b>	Intégralité des échantillons prélevés et analysés par le MS						
<b>S &amp; E</b>	Registres pré-TAR, TAR, PTME et TB remplis par le personnel du MS						
	Rapports mensuels remplis par le MS						
<b>Gestion de programme</b>	Supervision clinique mensuelle, conjointe avec le MS						
	Outil de supervision clinique trimestriel, en collaboration avec le MS						

Réalisé	
En cours	
Insuffisant	

**Belgique**

Médecins Sans Frontières/Artsen Zonder Grenzen  
Rue Dupréstraat 94, 1090 Bruxelles/Brussel  
Tél. : +32 (0)2 474 74 74  
Fax : +32 (0)2 474 75 75  
E-mail : info@msf.be

**Espagne**

Medicos Sin Fronteras  
Nou de la Rambla 26, 08001 Barcelona  
Tél. : +34 933 046 100  
Fax : +34 933 046 102  
E-mail : oficina@barcelona.msf.org

**France**

Médecins Sans Frontières  
8 rue Saint-Sabin, 75544 Paris cedex 11  
Tél. : +33 (0)1 40 21 29 29  
Fax : +33 (0)1 48 06 68 68  
E-mail : office@paris.msf.org

**Pays-Bas**

Artsen Zonder Grenzen  
Plantage Middenlaan 14, 1018 DD Amsterdam  
Tél. : +31 (0)20 52 08 700  
Fax : +31 (0)20 62 05 170  
E-mail : office@amsterdam.msf.org

**Suisse**

Médecins Sans Frontières  
78 rue de Lausanne - Case postale 116 - 1211 Genève 27  
Tél. : +41 (0)22 849 84 84  
Fax : +41 (0)22 849 84 88  
E-mail : office-gva@geneva.msf.org