

2021

&#x15;MSF

GROUPE DE  
TRAVAIL VIH et  
TB

# Intégration VIH/TB

*DOCUMENT D'ORIENTATION PROVISOIRE*

DOCUMENT D'INTERSECTION

PLAT-FORME ET DATE DE VALIDATION	Dirmed, 27/01/2020
ÉTAT DE PUBLICATION	Interne
VERSIONS	V1
LANGUES	FR
AUTEUR	E. C. Casas, L. Moretó Plana, C. Ssonko,
CONTACT POUR RETOURS D'INFOS	Charles Ssonko <a href="mailto:charles.ssonko@london.msf.org">charles.ssonko@london.msf.org</a>
SI FICHIER ELECTRONIQUE	<a href="https://msfintl.sharepoint.com/:w:/s/msfintlcommunities/AWG/EWTcFeZ3-BAuxHrDNnbauUB-Nn0NKIvHyPdwelrQwb1ow?e=gFbGub">https://msfintl.sharepoint.com/:w:/s/msfintlcommunities/AWG/EWTcFeZ3-BAuxHrDNnbauUB-Nn0NKIvHyPdwelrQwb1ow?e=gFbGub</a>

Autres contributions :

Editeur : Silvia De Weerd

Contributeurs : Anita Mesic, Elisabeth Szumilin, Elkin Bermudez Aza, Erin Stratta, Erwan Piriou, Jay Achar, Jarred Halton, Laura Sannino, Alex Telnov, Sonia Mairos, Suna Balkan, Zee Ndlovu, Beatriz Alonso, Philippe Blasco, Amin Lamrous, Eva Deplecker, Gilles Van Cutsem.

*Ce document d'orientation a été testé avant sa publication par plusieurs membres du personnel de terrain de MSF, qui sont les utilisateurs visés par le présent document. Un grand merci pour leurs précieux retours !*



---

## Table des Matières

Glossaire .....	1
Définitions.....	3
Introduction .....	5
Fonctionnement de ce document .....	6
<b>Partie I : évaluation</b> .....	<b>7</b>
<b>Le contexte VIH/TB au niveau national</b> .....	<b>7</b>
<b>Évaluations spécifiques du VIH et de la TB dans la zone de rayonnement du projet</b> .....	<b>7</b>
<b>Évaluation du projet</b> .....	<b>7</b>
Partie II : stratégie d'intégration (conception du projet) .....	9
Stratégies de mise en œuvre .....	9
Impact opérationnel .....	10
Ressources humaines .....	11
Formation .....	14
Approvisionnement : outils de commande et calendrier.....	15
Financement : coûts et mécanismes de financement des pays.....	15
Stratégie de sortie .....	16
Adapter les services VIH/TB intégrés existants .....	18
Cadre logique et indicateurs standards minimums.....	18
Partie III : contextes particuliers.....	19
Traitement VIH/TB et urgences .....	19
Planification d'urgence .....	19
Nouvelle intervention d'urgence - sans projet préexistant.....	22
Urgence/instabilité dans un projet préexistant .....	23
Population en mouvement .....	24
Partie activité VIH/TB.....	25
Soins VIH .....	25
Soins TB.....	25
Prévention.....	27
Recherche de cas et dépistage .....	32
Traitement VIH.....	34
Traitement TB .....	36
Remarque sur la nutrition.....	38

---

---

Soutien aux patients, éducation et conseil (SPEC) .....	39
Sensibilisation à la santé (SS) & Engagement communautaire (EC).....	41
Laboratoire .....	42
Monitoring et évaluation.....	47
Annexes.....	50
ANNEXE 1 : outils d'évaluation .....	50
ANNEXE 2 : outil de calcul des commandes de médicaments contre le VIH .....	58
ANNEXE 3 : KIT d'urgence inter-sections pour les patients atteints de VIH/TB 50.....	59
ANNEXE 4 : exemples d'aménagement / organisation des services VIH/TB au niveau des hôpitaux et des cliniques de soins de santé primaires.....	62
ANNEXE 5 : Liste des ressources/directives disponibles .....	64
ANNEXE 6 : exemple de financement.....	67
ANNEXE 7 : études de cas.....	68

---

---

## Glossaire

A/C	Air conditionné
EAS	Exposition accidentelle au sang
ALT	Alanine Transaminases
SP	Soins prénatals
TARV	Traitement antirétroviral
DQP	Dès que possible
TATB	Traitement anti-TB
AZT	Zidovudine
BCG	Bacille Calmette-Guérin
BHC	Soins de santé de base
GTARVC	Groupes TARV de communauté
ASC	Agent de santé communautaire
RC	Responsable clinique
CrAg	Test d'antigène cryptococcique
LCS	Liquide cérebrospinal
TDS	Travailleur du sexe
CTX	Cotrimoxazole
CXR	Radiographie du thorax (radiographie de la poitrine)
DBS	Échantillon/goutte de sang séché
DOT	Traitement directement observé
DSIS	Système d'information de santé de District
TB-UR	Tuberculose ultra-résistante
TB-SM	Tuberculose sensible aux médicaments
DSD	Prestation de services différenciés
DST	Test de sensibilité aux médicaments
ECG	Électrocardiogramme
EID	diagnostic précoce chez les nourrissons
DSE	Dossier de santé électronique
PEV	Programme élargi de vaccination
TBEP	Tuberculose extrapulmonaire
FASH	Évaluation ciblée avec échographie pour le VIH/TB
CDF	Combinaison à dose fixe
FieldCo	Coordinateurs de terrain
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
HB	Hémoglobine
CS	Centre de santé
CDVIH	Conseil et dépistage du VIH
SIS	Système d'information de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ATVIH	Auto-test VIH
SS	Sensibilisation à la santé
HQ	Quartier général
RH	Ressources humaines
ID	(Patient) Carte d'identité
IEC	Information Éducation Communication
PCI	Pratiques de prévention et de contrôle des infections
IPD	Consultation interne
TPI	Traitement préventif à l'isoniazide

---

ITFC	Centre d'alimentation thérapeutique pour patients hospitalisés
KA	Kala Azar
LAB	Laboratoire
3TC	Lamivudine
ITBL	Infection TB latente
PDV	Perdu de vue
RAM	Responsable des activités médicales
MD	Médecin
TB-MR	Tuberculose multi-résistante
M&E	Monitoring et Évaluation
MoH	Ministère de la Santé
MoU	Protocole d'accord
MSF	Médecins Sans Frontières
HRSH	hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
CEM	Chef d'équipe médicale
TAN	Test des acides nucléiques
N95	Respirateur contre les particules
MNT	Maladies non transmissibles
ONG	Organisation non gouvernementale
NNRTI	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse
NVP	Nevirapine
IO	Infection opportuniste
OPD	Service de consultation externe
PC	Coordinateur de projet
PCR	Réaction en chaîne de la polymérase
PPE	Prophylaxie post-exposition
PPRE	Prophylaxie pré-exposition
PEPFAR	Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida
IP	Inhibiteurs de protéase
CDIS/DCIS	Conseil et dépistage à l'initiative du soignant
SSP	Soins de santé primaires
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PMR	Référent médical du projet
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PoC	Lieu de soins
POCUS	Lieu de soins ultrason
PODI	Poste de Distribution de TARV communautaire
EPI	Équipement de protection individuelle
PATB	Personnes atteintes de tuberculose
AQ	Assurance qualité
QTc	Intervalle QT (corrigé)
TDR	Test de diagnostic rapide
RR	Résistance à la rifampicine
MAS	Malnutrition aiguë sévère
SAMU	Southern Africa Medical Unit (MSF)
TAA	Traitement auto-administré
VSS	Violence sexuelle et sexiste
SNRL	Laboratoire supranational de référence
SL	Seconde ligne
SRH	Santé sexuelle et reproductive
IST	Infections sexuellement transmissibles
TB	Tuberculose

---

TDF	Fumarate de ténofovir Disoproxil
TSH	Hormone de stimulation de la thyroïde
U5	Moins de 5 ans
UNAIDS	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
UNHCR	United Nations High Commission for Refugees
UNICEF	Fonds international d'urgence pour l'enfance des Nations unies
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CV	Charge viral
OMS	Organisation mondiale de la santé
TB-UR	Tuberculose ultra-résistante

## Définitions

### Groupes à risques/groupes vulnérables :

La vulnérabilité est le degré auquel une population, un individu ou une organisation est incapable d'anticiper, de faire face, de résister et de se remettre des conséquences des catastrophes (maladies)<sup>1</sup>. Le terme "groupes vulnérables" est généralement synonyme de "groupes à risque". Un groupe est généralement considéré comme vulnérable parce qu'il y a de bonnes raisons de penser que les individus qui le composent peuvent avoir des difficultés particulières liées à leur santé.

### Responsable médical de projet (PMR) / Chef d'équipe médicale (CEM) :

Dans le contexte de MSF, le PMR/CEM est un membre du personnel responsable de la gestion fonctionnelle (et responsable hiérarchique dans de nombreux cas - supervision et coaching) de tout le personnel médical et de la qualité et de la mise en œuvre de toutes les activités médicales au niveau du projet. Le dénomination de ce poste, soit PMR soit CEM, dépend de la section MSF qui gère la mission.

### Partie prenante :

Une partie prenante est toute institution ou organisation qui a un intérêt ou un rôle dans les activités sur lesquelles nous travaillons, par exemple le ministère de la santé, d'autres organisations locales ou internationales, des communautés et des groupes de patients

### Prestation de services différenciés (DSD) :

Les soins différenciés sont une approche centrée sur le patient qui simplifie et adapte les services de prise en charge du VIH/TB dans toute la chaîne de soins afin de refléter les préférences et les attentes, et de répondre aux besoins des différents groupes de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) tout en réduisant les contraintes superflues pesant sur le système de santé. En fournissant des soins différenciés, le système de santé peut recentrer les ressources sur les personnes qui en ont le plus besoin.

### Lieu de soins (PoC) :

Est un terme utilisé pour définir les outils et les équipements / machines et tests de laboratoire qui peuvent être mis à disposition sur le lieu du traitement ; y compris idéalement adjacent au lit ou dans le laboratoire local de la structure de santé. Les tests aux centres de soins sont généralement effectués sans équipement (comme le TDR) ou font appel à un équipement très simple fonctionnant sur batterie (par exemple, un glucomètre). D'autres tests impliquant des équipements nécessitant une alimentation électrique et/ou une température contrôlée sont généralement considérés comme proches du lieu de soins (PoC), et ne seront disponibles que lorsqu'un laboratoire dédié existe (au niveau de l'hôpital, ou parfois plus décentralisé dans les projets verticaux avec un volume important de patients).

---

<sup>1</sup> [https://www.who.int/environmental\\_health\\_emergencies/vulnerable\\_groups/en/](https://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/)

---

### Couples discordants :

Lorsque l'un des couples est réactif à un test alors que l'autre est négatif.

### TB LAM :

Test rapide de dépistage de la tuberculose effectué sur les urines (réactif aux antigènes de surface des bacilles de la tuberculose appelés Lipoarabinomannan).

### Respirateur contre les particules (N95) :

Un masque conçu pour empêcher le passage des particules de TB (noyaux de gouttelettes) de taille inférieure à  $\leq 5\mu\text{m}$  en diamètre. Il doit être porté par tous les travailleurs de la santé travaillant dans des zones à forte transmission.

### Xpert MTB/RIF (nom de marque GeneXpert) :

Un test de dépistage MTB/RIF sur le lieu de soins à proximité : diagnostique la TB et la résistance à la rifampicine en moins de 2 heures. C'est le test recommandé par l'OMS en première ligne pour diagnostiquer la TB, lorsque les ressources le permettent.

La plate-forme Xpert peut également être équipée de cartouches pour effectuer des tests de charge virale VIH-1 et des EID.

### PIMA :

Un instrument pour les lieux de soins à proximité pour déterminer le taux de CD4.

### Test de diagnostic rapide (TDR) :

Test sans instrument, sous forme de bandelette ou de cassette, destiné à détecter des réactions d'anticorps ou des antigènes. Il se compose d'une membrane (généralement en nitrocellulose) recouverte d'antigènes (pour détecter les anticorps, par exemple le RDT HIV-1 comme Determine ou Unigold) ou d'anticorps (pour détecter les antigènes, par exemple TB-LAM), et de réactifs qui permettent l'interprétation visuelle du test.

### Les ambassadeurs de la TB :

Une PATB chevronnée qui a suivi un traitement avec succès.

### Passeport VIH/TB :

Document appartenant à un patient et rempli par le médecin/infirmier traitant, contenant les informations VIH/TB de la carte relatives au patient afin de lui permettre de poursuivre son traitement avec d'autres intervenants. Ils sont utilisés dans des situations particulières telles que les situations d'urgence (voir plans d'urgence), pour les populations en déplacement, etc.



---

# Introduction

Étant donné que ce document a été rédigé avant l'urgence COVID, pour l'intégration et l'adaptation des activités de lutte contre le VIH et la tuberculose en raison de la COVID 19, veuillez suivre les directives de votre section C19 et les directives du groupe de travail VIH/SIDA de l'annexe 5.

Le VIH/TB contribue à une morbidité/mortalité importante dans les projets de soins de santé de base de MSF, en particulier lorsque la prévalence du VIH > 1 % et l'incidence de la tuberculose > 20/100 000 habitants. MSF s'est fortement engagé pour intégrer les soins contre le VIH et la TB dans les projets pour lesquels il n'y a pas d'accès à ces soins<sup>2</sup>.

L'intégration des soins contre le VIH et la TB dans des projets ayant une orientation médicale plus large, voire différente, comme les centres de soins de santé primaires, la santé reproductive et les programmes de nutrition, peut se révéler difficile. Dans le cadre de ces priorités concomitantes, les soins liés au VIH/tuberculose doivent rester une priorité. Ils doivent être adaptés avec efficacité sur le terrain afin d'éviter des approches trop complexes et de maximiser les possibilités existantes.

Dans cette optique, l'approche du "package minimal" de la ligne directrice de MSF 2015 sur l'intégration des soins du VIH et TB<sup>3</sup> a été débattue. L'évolution rapide des normes internationales, les innovations en cours dans le domaine de la prise en charge du VIH/TB telles que la différenciation des prestations et la diversité dans chaque contexte, ont remis en question l'approche d'un package minimal "fixe". Le choix a donc été fait de revoir la directive existante pour en faire un outil/guide permettant au personnel sur le terrain de découvrir et de "personnaliser" un package souhaité à tout projet afin d'intégrer les soins VIH et TB.

Le document est divisé en quatre parties permettant une approche par étapes : évaluation, stratégie de mise en œuvre, contextes particuliers et aperçu des activités VIH et TB. Ce document qui résume et donne un vue d'ensemble, est destiné à aider les coordinateurs médicaux et opérationnels à mettre en place une composante d'intégration des soins VIH/TB au sein de leur(s) projet(s) ou mission(s). Plus de détails sur les processus de mise en œuvre et les instructions cliniques sont disponibles dans les références faites aux directives (cliniques) correspondantes, dans chaque chapitre. Chaque section de MSF dispose de spécialistes du VIH et TB. Il est fortement recommandé de les consulter pendant toutes les étapes de l'intégration, de la conception et des processus à suivre (et après).

## Hypothèses clés :

- Le présent document s'adresse à tout membre du personnel opérationnel et/ou médical, quelle que soit son expérience en matière de soins du VIH et de la TB, dont le but est d'intégrer les soins du VIH et TB dans son projet.
- Tout ajustement ou nouvelle composante du projet devra d'abord être approuvé par les procédures standard de la section MSF concernée (propositions de projet/COPRO...etc). Ce document présuppose cette approbation ou l'intention de soumettre une proposition de projet à approbation.
- Le document a été rédigé comme un outil de mise en œuvre, donnant au lecteur des outils et des conseils sur la façon de concevoir une composante VIH/TB. Il ne remplace pas les directives cliniques disponibles sur le VIH et la TB.
- Bien que le titre fasse référence à une intégration complète du VIH et de la TB, des éléments individuels peuvent être utilisés et extraits de ce document pour permettre de répondre à des besoins plus spécifiques d'intégration de composantes spécifiques de soins (par exemple, TB et non-VIH, VIH et non-TB).

---

<sup>2</sup> MSF Déclaration politique sur la TB, septembre 2017, et cadre stratégique sur le VIH, janvier 2019

<sup>3</sup> Guide programmatique MSF 'Integrating HIV & TB care in basic health care package in MSF projects' (Intégration des soins VIH et TB dans l'ensemble des soins de santé de base des projets MSF) 2015

---

**Commentaires à :** Charles Ssonko at [charles.ssonko@london.msf.org](mailto:charles.ssonko@london.msf.org); Esther C. Casas at [esther.casas@joburg.msf.org](mailto:esther.casas@joburg.msf.org); Laura Moretó Planas at [laura.moreto@barcelona.msf.org](mailto:laura.moreto@barcelona.msf.org)

## Fonctionnement de ce document

La partie I de ce document commence par l'évaluation de la situation du VIH et de la TB dans le pays de la mission, la zone de rayonnement et le projet lui-même. Cette évaluation devrait permettre de mettre en évidence les besoins, les lacunes et les possibilités en matière de soins VIH/TB. Cela constituera la base de la conception du programme.

La partie II propose différentes stratégies de mise en œuvre et se penche sur les facteurs d'impact opérationnel potentiels qui doivent être pris en compte lors de la conception de l'intégration des composantes, comme les ressources humaines, la formation, les fournitures et les finances. Mais les (ré)évaluations régulières, la mise à l'échelle et la stratégie de sortie doivent également être prises en compte.

La partie III porte sur le plan d'urgence et l'intégration du VIH/TB dans des situations particulières telles que les urgences, les contextes instables et les populations nomades ou migrantes.

La partie IV donne un aperçu des activités de soins VIH et TB. Les activités sont divisées en chapitres relatifs aux composantes de soins, telles que la prévention, le dépistage, le traitement, etc. Chaque composante comprend un certain nombre d'options d'activités parmi lesquelles il est possible de choisir. Les options ont différents niveaux de complexité et sont subdivisées en éléments constitutifs, les "quoi/où/pour qui/quand/par qui", et sont expliquées plus en détail dans ce qui suit.

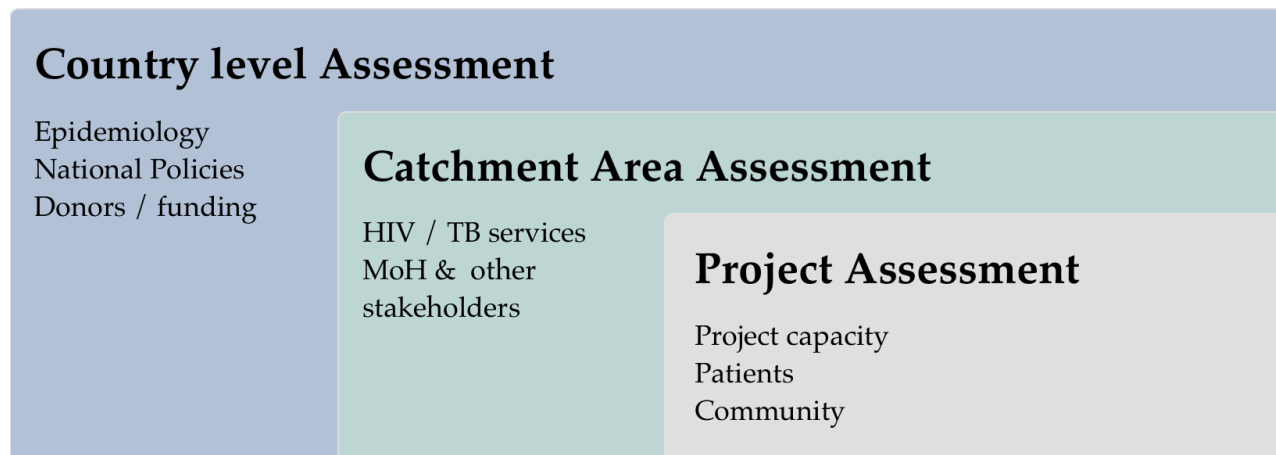


---

## Partie I : évaluation

Trois domaines importants doivent être évalués avant de concevoir une composante d'intégration du VIH/TB.

L'annexe 1 contient les outils d'évaluation relatifs aux différentes zones ; au niveau du pays, de la zone de rayonnement et de l'évaluation du projet. Dans les grandes lignes, les évaluations englobent les éléments suivants :



### Le contexte VIH/TB au niveau national

La plupart des pays ont des politiques nationales et des directives cliniques sur le VIH et la tuberculose. En principe, le coordinateur médical est informé ou évalue à ce niveau. Il peut y avoir des directives claires du ministère de la santé sur les modes de traitement à appliquer ainsi que d'autres instructions cliniques et programmatiques. Il est très important d'en être conscient et de les passer en revue avec votre référent/spécialiste/conseiller VIH/TB de section (ensuite appelé "réfèrent") afin d'évaluer leurs points de convergence avec les politiques et les lignes directrices de MSF et la façon de gérer les différences éventuelles.

D'autres informations importantes au niveau national sont la situation épidémiologique générale des deux maladies et tout donateur/financement et mécanisme de coordination qui peuvent avoir un impact.

### Évaluations spécifiques du VIH et de la TB dans la zone de rayonnement du projet

Les questions posées dans l'outil d'évaluation de l'annexe 1 sont axées sur les services disponibles dans la zone de rayonnement du projet, y compris le projet MSF lui-même et les infrastructures du ministère de la santé ou d'autres parties prenantes. Il détaille les différentes composantes de la prise en charge du VIH/TB, telles que le dépistage et le traitement, la prévention, l'éducation et le conseil aux patients et l'engagement de la communauté. Cela permettra de savoir si et où il y a des lacunes dans les soins et où les prestations de MSF pourraient apporter une valeur ajoutée. S'il existe d'autres cliniques offrant des soins VIH de bonne qualité, vous pouvez choisir d'y orienter des patients ou d'y intégrer que certains composants qui ne sont pas disponibles ailleurs dans la zone de rayonnement.

Notez que souvent, les services de lutte contre la TB sont séparés des services de prise en charge du VIH et que les sources d'information sur le VIH peuvent être différentes pour la TB. Par conséquent, bien que certains éléments de base pour les deux maladies puissent être similaires, la collecte de données, la rencontre avec les informateurs clés et les partenaires de mise en œuvre peuvent différer.

### Évaluation du projet

Outre l'évaluation de l'épidémiologie du VIH et de la TB, les politiques et de la prestation de services au niveau national et dans la zone de rayonnement du projet, vous avez besoin d'un inventaire des options et des possibilités du projet dans lequel l'intégration est envisagée. Peut-être existe-t-il déjà des éléments ou

---

des outils pour les soins VIH/TB. Par exemple, certains membres du personnel qui sont formés ou ont déjà travaillé avec le VIH/TB ? Existe-t-il un laboratoire de projet ? Quels types de tests sont disponibles ?

Le succès du plan d'intégration dépendra également de la compréhension des besoins des patients. Selon vous, quels types de patients auront besoin de soins pour le VIH et TB ? Ont-ils des besoins spécifiques en matière de services de santé ? Y a-t-il des groupes à risque, tels que les travailleurs du sexe ou les migrants ? Vous attendez-vous à voir de nombreuses femmes enceintes à risque, des adolescents ou des enfants mal nourris ?

La détermination de la nature des patients et de leurs besoins est importante pour la conception programmatique à plus d'un titre. Tout d'abord, en plaçant les patients et leurs besoins au centre de votre conception, afin d'améliorer leur qualité de soins, mais aussi du point de vue organisationnel, afin de concevoir vos services de manière plus efficace. C'est ce qu'on appelle la DSD ou prestation de services différenciés<sup>4</sup>.

L'autre facteur principal dans le contexte du projet est bien sûr la communauté générale que vous servez. Connaissent-ils le VIH et la tuberculose ? Y a-t-il une stigmatisation autour des maladies ou au contraire, la communauté est-elle activement engagée dans des activités de prévention ?

La stabilité du contexte du projet déterminera si vous pouvez intégrer une composante VIH/TB stable ou si vous devez tenir compte de circonstances particulières, telles que l'instabilité, les situations d'urgence ou les populations en déplacement ou nomades. En tout état de cause, il est toujours bon de préparer un plan d'urgence, même si votre contexte est stable. Vous pouvez en savoir plus sur les préconisations pour les contextes spéciaux et les plans d'urgence dans la partie IV de ce document.

---

<sup>4</sup> <http://www.differentiatedcare.org/Resources/Library>

---

## Partie II : stratégie d'intégration (conception du projet)

Une évaluation et un examen approfondi des options et des exigences en matière d'activités devraient permettre de déterminer plus clairement ce qu'il convient d'inclure dans la composante des soins VIH/TB. Bien entendu, toute mise en œuvre effective est précédée de discussions, de conseils et d'accords entre le projet/la mission, la cellule/les bureaux et les conseillers impliqués dans la mission.

### Stratégies de mise en œuvre

Il existe différentes façons d'intégrer les activités de lutte contre le VIH/TB et il n'y a pas nécessairement une option qui est meilleure que les autres. Votre choix dépend des résultats de l'évaluation et des possibilités du projet.

Il existe deux stratégies de base : intégrer les activités dans d'autres activités/départements médicaux de la structure de santé ou insérer un petit dispositif vertical (services indépendants entièrement dédiés aux soins VIH/TB):

- A. L'intégration dans d'autres activités est une intégration plus réelle, où les soins contre le VIH et la tuberculose font partie des activités médicales régulières. Les soins sont fournis par les travailleurs de la santé qui dispensent également les soins médicaux existants, dans le même espace (OPD, IPD, etc.). L'annexe 4 montre un exemple visuel de la manière dont les activités seront intégrées au niveau des hôpitaux et des cliniques.
- B. Petits dispositifs verticaux dans le cadre d'un projet plus vaste. Une petite équipe, par exemple une infirmière ou un responsable clinique spécialisé et un conseiller, soutenue par un MD dans le cadre du projet (ou à distance), s'occupe des patients atteints du VIH et de la TB parallèlement aux autres activités du projet. Même si ce n'est pas le résultat final escompté de l'intégration, ce peut être un bon moyen de démarrer les activités VIH/TB.

### Réflexions sur la mise en œuvre :

1. Options d'orientation : l'évaluation révèle s'il existe des activités de prise en charge du VIH/TB par le MoH et/ou par d'autres acteurs à proximité. Il pourrait n'y avoir aucune option à une distance raisonnable du projet, ou alors un ensemble d'options, variant en termes de qualité et de niveaux de soins. En fonction de ces options d'orientation, vous pouvez choisir les activités qu'il convient d'intégrer et quand réorienter un patient. Gardez à l'esprit que si vous choisissez d'aiguiller un patient, vous devez avoir une bonne idée de la qualité des soins dans le site en question et un plan de suivi des patients réorientés.
2. Approche progressive : Les composants de soins VIH et TB peuvent être mis en place du plus petit au plus grand, de basique au nec plus ultra. L'aperçu dans la partie IV expose les différentes options. Inclure un échancier dans la stratégie et une approche progressive par étapes pour mettre en œuvre les activités à un rythme adapté aux besoins et aux ressources du projet.
3. L'intégration à d'autres maladies chroniques telles que les MNT, la santé mentale, etc. peut également être envisagée en fonction des priorités du projet.
4. DSD5 : Une prestation de services différenciée peut rendre les services plus efficaces et profiter tant au projet qu'aux patients. L'évaluation devrait révéler quels patients vous pouvez vous attendre à inclure dans le projet de soins pour le VIH et la TB. Sur la base de ces profils, vous pouvez étudier les moyens de rationaliser les soins dans des modèles adaptés à ces patients.
5. Plan d'urgence : la stabilité du contexte du projet est un facteur déterminant pour la stratégie et la mise en œuvre. La partie III Contextes Spéciaux contient plus d'informations et des recommandations

---

5 <http://www.differentiatedcare.org/Resources/Library>

---

spécifiques sur les contextes instables. Mais même un projet dans un contexte stable doit avoir un plan d'urgence en place pour être prêt au cas où le contexte changerait. Voir la partie IV pour plus de détails.

6. Support : Chaque antenne MSF dispose de coordinateurs médicaux, de conseillers de santé et de référents VIH/TB. Il y a aussi des spécialistes qui peuvent rester plus longtemps sur le terrain pour aider à mettre en place certaines activités de la composante, comme les responsables de mise en œuvre mobiles (MIO) or agents de mise en œuvre "volants". A côté de cela, ne pas oublier de faire le tour du pays dans lequel vous vous trouvez. Le MoH et des mécanismes de financement peuvent vous offrir de nombreuses possibilités, telles que la formation sur le VIH/TB.

### **Impact opérationnel**

On peut se poser de nombreuses questions sur l'impact opérationnel potentiel d'une nouvelle composante de projet. Quelles en seront les conséquences pour les finances, les RH et les ressources logiques du projet et de la mission ? Pourrait-il y avoir un impact sur les services de santé environnants ? La nouvelle composante aura-t-elle un impact sur le calendrier prévu du projet ?

Si la réponse "cela dépend..." est sans doute fondée étant donné que les choses varient beaucoup d'un contexte à l'autre, elle ne donne aucune orientation utile lors de la conception d'une composante d'intégration. Nous avons donc tenté ici, dans la PARTIE II, de donner plus d'informations et de conseils sur l'impact opérationnel potentiel.

Bien sûr, tout cela sous réserve étant donné que cela "dépend" vraiment de la situation dans laquelle se trouve votre projet.

#### Impact opérationnel potentiel sur le projet/la mission et sur les services de santé environnants :

Pour en comprendre l'impact, vous pourriez prévoir des réévaluations VIH/TB régulières du projet et de la zone de rayonnement (et au niveau du pays si nécessaire). Une telle réévaluation est plus susceptible d'avoir lieu si elle est déjà prévue, par exemple pour l'année suivante. Une réévaluation permet de savoir dans quelle mesure les ressources du projet ont changé et s'il y a un impact sur les autres prestataires dans la zone de rayonnement. Cet aperçu peut conduire à des ajustements et fournir des informations actualisées pour la stratégie de sortie, et pour les décisions de montée en puissance (ou de réduction). Les formulaires d'évaluation initiale (voir annexe 1) peuvent être réutilisés afin que les informations issues de la réévaluation soient comparables aux évaluations précédentes.

#### Autres facteurs d'impact potentiels à prendre en compte :

- Visites de soutien sur le terrain. Au début ou avant le lancement d'une nouvelle composante, des visites sur le terrain de spécialistes VIH/TB peuvent être prévues/demandées. Toutes les antennes ont accès à un soutien à la mise en œuvre pour aider à mettre en place la nouvelle composante avec des visites de terrain plus longues ou plus fréquentes.
- Des négociations supplémentaires, potentiellement délicates, seront nécessaires au niveau local et/ou national (par exemple, l'inclusion des activités VIH/TB dans le protocole d'accord - MoU). es négociations peuvent prendre du temps à mettre en place et devront être menées avec soin par un membre expérimenté de l'équipe. Il faut souvent négocier avec de nombreuses parties ; bien sûr le MoH et la communauté locale, mais pensez aussi aux bailleurs de fonds mondiaux, aux initiatives locales et aux autres prestataires de soins de santé ; aux ONG, au secteur privé, etc.
- Impact temporel. Une préoccupation opérationnelle majeure est de savoir si l'ajout d'une composante VIH/TB engendrera des engagements temporels qui pourraient modifier le calendrier initial prévu pour un projet. La mise en place, dès le départ, d'une stratégie de sortie appropriée (comprenant la création de liens avec des programmes existants et le renforcement des activités de ces derniers tels que le ministère de la santé et les organismes de financement durables comme le Fonds mondial) pourrait contribuer à dissiper cette inquiétude.

- 
- À quoi ressembleront les augmentations probables des ressources ? Dans les domaines des RH, de la logistique et des finances ? Ci-dessous, nous avons tenté de dresser une liste des éléments ayant un impact significatif afin de vous aider à évaluer la situation, le projet et la mission dans laquelle vous vous trouvez.
  - Mutualisation. Il y a souvent plus d'une antenne MSF dans un pays ce qui offre une opportunité opérationnelle de partager les ressources et les connaissances.

## Ressources humaines

Pour mettre en œuvre toute activité au sein de la nouvelle composante, vous aurez besoin de ressources humaines adaptées.

Les tableaux présentés tout au long du document indiquent le type de ressources humaines nécessaires pour chaque activité spécifique de la composante. Veuillez noter que chaque activité ne requiert pas un "nouveau" membre du personnel : différentes activités peuvent être combinées et mises en œuvre par un seul membre du personnel. Des membres du personnel qui travaillent déjà dans le projet peuvent aussi prendre en charge une ou plusieurs des activités (veillez toutefois à éviter une surcharge de travail). Utilisez les ressources déjà disponibles dans le cadre du projet.

Ces possibilités comprennent également le transfert de tâches et le travail avec des travailleurs non spécialisés, comme les pairs-conseillers et les ambassadeurs/pairs/patients experts.

Différents profils de postes à prendre en compte dans l'équipe d'intégration VIH/TB :

- **Médecin** : un médecin qualifié peut agir en tant que conseiller technique du projet (selon l'expertise), en soutenant les cas compliqués.
- **Responsable clinique/assistant médical/infirmier** : la formation et le transfert des tâches ont été essentiels pour la montée en puissance des composantes VIH/TB. La gestion du VIH/TB n'est plus une activité hautement spécialisée. La plupart des activités cliniques essentielles peuvent être mises en œuvre par d'autres membres du personnel médical.
- **Sages-femmes** : les sages-femmes peuvent être formées pour inclure la PTME dans leurs services. Les autres membres du personnel médical se tenant à disposition en cas de besoin.
- **Conseiller** : l'éducation et le conseil aux patients peuvent être assurés - après formation - par des professionnels de la santé, des travailleurs non spécialisés ou des éducateurs.
- **Agents de santé communautaires (ASC)** : ils peuvent soutenir / mettre en œuvre les activités de la SS/EC.
- **Éducateurs/conseillers/soutiens** : les personnes atteintes du VIH et/ou de la tuberculose sont souvent mieux acceptées par leurs pairs et peuvent travailler comme conseillers non spécialisés ou soutenir/mettre en œuvre des activités de SS/EC.
- **Techniciens de laboratoire** : dépistage du VIH et de la TB en laboratoire.

Ne pas négliger : RH : descriptions de poste, briefings clairs et, si nécessaire, un organigramme montrant le niveau des responsabilités et des obligations de rendre compte, et les relations entre les différents postes.

Le nombre de personnes (supplémentaires) nécessaires pour mener un programme de santé intégré dépend (bien sûr) de la situation locale, de la capacité, des niveaux d'éducation, de la taille de la composante et du stade d'urgence dans lequel se trouve le projet. Il est donc difficile de donner des chiffres exacts, mais le tableau ci-dessous donne une indication de ce qui est nécessaire en différenciant les composantes et le volume des patients attendus.

Ce tableau sert d'indication et n'est pas contraignant ! Il s'agit uniquement d'une tentative de donner un aperçu des postes RH à prendre en compte lors de la conception de votre projet d'intégration.

Comme toujours, veuillez consulter vos coordinateurs et vos référents.

---

Notez également que l'estimation ci-dessous porte principalement sur le personnel médical. Si la charge de travail augmente, par exemple pour la logistique ou la pharmacie, il convient de revoir les capacités et les besoins de ces services.

**0 - 100 patients par cohorte/composante (VIH ou TB ou les deux) :**

Si chaque patient consulte une fois par mois en moyenne et que le mois compte 20 jours ouvrables : 0-5 patients par jour en OPD. Une fois stabilisés, les patients peuvent se présenter pour des renouvellements tous les 3 à 6 mois. La durée indicative pour les consultations OPD est de 20 minutes pour un nouveau patient, de 10 à 20 minutes pour une séance de conseil et de 3 à 5 minutes pour les consultations de patients stables sans symptômes.

Le nombre de tests VIH/TB varie selon que le projet soutient le CDIS ou le CDV. En théorie, si par exemple la prévalence est de 1%, cela signifierait qu'il faudrait tester jusqu'à 5000 personnes pour diagnostiquer 50 patients. Cependant, comme le DCIS cible des patients qui sont déjà cliniquement suspectés d'être atteints de TB ou de VIH, ce nombre sera beaucoup plus faible.

Chaque composante choisie dans le programme intégré a besoin d'un membre du personnel, mais pas à temps plein si la charge de travail est faible. Un autre membre du personnel devra être formé pour le remplacer pendant les vacances ou en cas de travail par roulement -> c'est la raison pour laquelle le tableau indique "1 à 2 personnes".

Certains composants peuvent être regroupés sous une seule personne, par exemple le personnel chargé du traitement peut également s'occuper des activités M&E lorsque le nombre de patients est faible. Le conseiller peut également s'occuper de l'éducation et du conseil aux patients, de la recherche et du dépistage de cas et de la SS et de l'EC. Il est également possible de faire appel à des bénévoles ou à des conseillers pour aider à la réalisation de cette composante.

Le choix entre un programme intégré ou une petite structure verticale est ici de grande importance. Une intégration signifierait que plusieurs membres du personnel travaillant déjà dans la structure de santé devraient aussi s'occuper des patients atteints du VIH et de la TB.

Une petite structure verticale pourrait par exemple comprendre une ou deux infirmières/responsables cliniques et un conseiller à plein temps, avec le soutien médical d'un MD (local ou à distance) pour conseiller les patients en consultation IPD.

**100 à 500 patients dans une cohorte/composante, 10 à 15 nouveaux patients par mois (VIH ou TB ou les deux) :**

Si chaque patient consulte une fois par mois en moyenne et que le mois compte 20 jours ouvrables : 5 à 25 patients par jour en OPD. Là encore, une fois que les patients sont stables (jusqu'à 50%), ils peuvent venir une fois tous les 3 à 6 mois, ce qui réduit le nombre de consultations. Le nombre de patients devant être admis en consultation IPD est souvent lié au nombre de nouvelles admissions dans la composante (par exemple, 5 cas IPD où il y a 50 nouvelles admissions par mois). Une fois stabilisés, les patients sont rarement hospitalisés.

Dans le cadre d'un programme comprenant 500 patients, les activités deviennent de plus en plus chronophages, et les 1 à 2 personnes affectées à une composante devront être en mesure d'utiliser plus de temps, voire tout leur temps de travail, pour traiter les patients atteints du VIH et de la TB. Cela signifie soit les libérer de leurs autres tâches, soit affecter plus de personnel à chacune d'elles pour en faire une partie.

**> 500 patients dans une cohorte/composante (VIH ou TB ou les deux) :**

Si le programme s'étend à plus de 500 patients, il faudra que davantage de personnel se consacre à plein temps aux soins du VIH et de la TB. Cette composante nécessite un personnel spécialisé (consultant/infirmier et conseiller) pour gérer la cohorte et ses résultats, y compris la gestion et la coordination des DSD.



---

Avec ce nombre croissant, les tests seront probablement effectués par le biais du CDV. Il faudra du personnel pour effectuer des conseils et des tests au quotidien. Par ailleurs, d'autres composants ne seraient plus gérables si ils restaient regroupés, tels que le M&E, le SS et l'EC.

**Là encore, les chiffres du tableau ne sont que des indications !**

Composante	0 - 100 patients	100 - 500 patients	> 500 patients
Traitement (IPD)	Soutien au MD	Soutien au MD	MD plein temps
Traitement (OPD)	1-2 RN/RC temps partiel	1-2 RN/RC temps partiel à plein temps	> 2 RN/CO plein temps
M&E			1 - 2 préposés aux données
PTME	1-2 sages-femmes qualifiées	1-2 sages-femmes qualifiées	> 2 sages-femmes qualifiées
Prévention	1-2 conseillers temps partiel à temps plein (pensez aussi aux pairs conseillers)	1-2 conseillers temps partiel à temps plein (si nécessaire, séparer le CDV et l'observance)	Membre du personnel de prévention dédié
Dépistage et test des cas			> 2 personnels CDV
Sensibilisation et conseil aux patients			> 2 conseillers
SS et EC			> 2 personnels SS et EC
Laboratoire	1 - 2 techniciens de laboratoire qualifiés ou recommandés	1 - 2 techniciens de laboratoire qualifiés ou recommandés	> 2 techniciens de laboratoire dédiés à la composante

**Exemples (partie traitement) de projets existants :**

- RDC : cohorte de 500 et 15 nouvelles admissions par mois -> 2 infirmiers consultants et 1 superviseur.
- Zimbabwe : 15-20 nouvelles admissions par mois et cohorte de 1000 -> 2 infirmières.
- RCA : 450 patients et 5 à 10 admissions par mois -> 1 infirmière consultante ou une infirmière auxiliaire formée.

**Formation**

Le personnel médical doit être formé en fonction du niveau de soins. MSF propose toute une série de formations sur le VIH et la TB. Par exemple, les formations qui peuvent être obtenues par le biais du SAMU de MSF, notamment :

- Enseignement en ligne sur le VIH et la TB pour le niveau de base.
- Une formation clinique sur le VIH/TB est proposée sur place (sur demande) et une formation plus poussée au Cap.
- Formation programmatique sur le VIH et la TB pour les responsables de programmes ; elle comprend l'intégration programmatique.
- Formation TB-UR (uniquement disponible au Cap).

Une aide supplémentaire à la mise en œuvre sur site peut être obtenue par l'intermédiaire d'un responsable de mise en œuvre mobile (MIO). Un soutien technique en continu est offert de façon régulière par le référent de la section VIH/TB.

---

**In-country training programs:** MSF, le ministère de la santé et/ou d'autres parties prenantes organisent des formations sur place dans le pays, y compris des formations sur les directives nationales, les outils de M&E (collecte de données) en matière de VIH/TB, etc.

### **Approvisionnement : outils de commande et calendrier**

La commande des médicaments nécessaires à la prise en charge du VIH et de la TB peut nécessiter un certain soutien/expertise, notamment au début. Tout d'abord, il est important de tenir compte du fait que les régimes de traitement peuvent dépendre des politiques nationales. Veuillez en discuter avec votre référent VIH/TB. Deuxièmement, les médicaments contre le VIH doivent être calculés d'une manière différente de celle des commandes normales. La commande devra prendre en compte les patients actuels, le nombre estimé de nouveaux patients et les stocks tampons. Le montant à commander est cumulatif. Un outil de calcul VIH en annexe 2 est à votre disposition pour vous aider à faire la commande. Les tests et les médicaments pour les infections opportunistes font partie du calcul des commandes régulières. Tout comme pour les autres maladies chroniques.

Les médicaments du Fonds mondial (GF) ou du MOH peuvent être utilisés s'ils sont disponibles. Cependant, envisagez de démarrer la composante avec les médicaments de MSF, car la transition vers le système de médicaments et d'achats du GF peut prendre un certain temps.

Les outils de commande de médicaments fournis en annexe 2 peuvent également aider à estimer/commander des ARV au MoH ou au GF. Une fois qu'il est possible d'obtenir des ARV par l'intermédiaire de GF/MoH, il est important de continuer à se procurer des fournitures tampon via le système de MSF afin d'éviter des ruptures de stock, y compris les tests et les médicaments pour les IO. Le pharmacien de votre section peut vous aider si vous avez des questions concernant la qualité des médicaments (par exemple, s'ils sont fournis dans le cadre d'un système de cofinancement).

Comme pour toute commande, faites attention aux délais de livraison ! Il faudra du temps pour que la première commande arrive au niveau du projet. Il est donc important que les nouvelles commandes arrivent à temps pour que personne ne subisse de rupture du traitement médicamenteux. Pour le démarrage d'une composante (en particulier dans les situations d'urgence), il pourrait être judicieux de se tourner vers les kits VIH/TB disponibles via l'approvisionnement de MSF et le kit d'urgence VIH/TB pour 50 patients - voir annexe 3.

### **Financement : coûts et mécanismes de financement des pays**

Les besoins financiers exacts dépendent fortement des circonstances (par exemple, le lieu, les salaires du personnel, la disponibilité et le coût des médicaments et du matériel, etc.) L'annexe 6 donne, uniquement à titre d'exemple, une estimation de budget par patient pour le projet Test & Treat de Yambio (Sud-Soudan).

Les coûts supplémentaires d'une composante d'intégration VIH/TB peuvent être impactés par plusieurs facteurs :

- Les coûts des médicaments contre le VIH/TB. Les médicaments supplémentaires (y compris les médicaments IO !) devront être commandés et figurer dans le budget. Fort heureusement, le prix des médicaments contre le VIH et la TB a considérablement baissé ces dernières années, grâce aux efforts de nombreux acteurs (dont la campagne d'accès de MSF, l'initiative de la Fondation Clinton contre le VIH, etc.)

- 
- Les coûts des tests et des appareils de laboratoire. Il faut garder à l'esprit que les appareils de laboratoire peuvent être coûteux à l'achat initial, surtout si le laboratoire du projet doit être ajusté, par exemple, Xpert peut exiger un climatiseur.
  - Financement international. La plupart des pays reçoivent un financement spécifique de sources internationales comme le Fonds mondial (GF) et le PEPFAR pour leurs programmes de lutte contre le VIH (nota : les donateurs et bailleurs de fonds mondiaux sont confrontés à une réduction de fonds). Les programmes de lutte contre la TB sont en principe partiellement financés par les gouvernements des pays. MSF n'utilise pas de financement direct du GF ou du PEPFAR, mais il est possible d'utiliser les produits fournis tels que les ARV et les réactifs de laboratoire (voir approvisionnement).
  - Un financement spécifique de projets peut dépendre de plusieurs facteurs.
    - Là où un MoH n'existe pas, MSF pourrait être la seule source de financement. Cela peut changer avec le temps en raison de la persistance du travail de sensibilisation, en attirant d'autres acteurs, y compris le MoH, le GF, etc.
    - Lorsqu'il existe un programme existant (MoH, autres acteurs, etc.), en fonction des résultats de l'évaluation, le financement des services de lutte contre le VIH/TB pourrait être partagé entre MSF et d'autres parties prenantes, en particulier le MoH et le GF. Par exemple, le personnel et l'infrastructure médicale pourraient être fournis par le MoH, tous les médicaments achetés par le biais du Fonds mondial, et la transport assuré par MSF.

### Stratégie de sortie

Il peut paraître difficile d'envisager une stratégie de sortie avant même d'avoir commencé la mise en œuvre de la composante VIH/TB. Cependant, les expériences passées nous poussent à envisager la manière dont la composante pourrait continuer une fois que MSF s'est retiré, et ce pendant la mise en place et pendant toute la durée du projet.

Nota : ne pas voir de possibilité de sortie décente ne doit pas être une raison suffisante pour ne même pas commencer. Si tel est le cas pour votre projet, veuillez en discuter avec vos coordinateurs et votre référent VIH/TB.

Pour de plus amples informations sur les stratégies de sortie, veuillez consulter le document MSF "Making an Exit" (MSF UK 2011)<sup>6</sup>. En général, il est recommandé d'entamer une réflexion à long terme (y compris la stratégie de sortie) dès qu'un projet quitte la phase d'urgence aiguë, et d'entretenir dès le départ des relations positives avec les autres acteurs.

Les principales dispositions à prendre en planifiant une sortie ou une reprise des activités de MSF en termes de VIH/TB sont les suivantes :

- Assurer la pérennité des services. Identifier des partenaires potentiels pour passer le relai dans le futur (idéalement le MoH) et évaluer s'ils ont mis en place des mécanismes garantissant un approvisionnement ininterrompu d'ARV et de médicaments contre la TB. Il en va de même pour la disponibilité du personnel clé pour faire fonctionner la composante (au minimum infirmier/conseiller).
- Environnement favorable. En envisageant la stratégie de sortie, prévoir suffisamment de temps pour planifier et mettre en œuvre la passation. Envisager une approche progressive de la passation de composants.
- Communication. Établir à temps une communication suffisante, claire et cohérente avec toutes les parties prenantes. Ces dernières comprennent le personnel, les patients, les autres acteurs et la communauté. La négociation de la stratégie de passation avec le(s) partenaire(s) de passation peut être

---

<sup>6</sup> <http://evaluation.msf.org/project-handovers>

---

facilité, par exemple, par un tableau de bord comportant les objectifs convenus, un calendrier précis et le processus de suivi.

- Qualité des soins. Si l'on passe d'un niveau de ressources/coûts élevé à un niveau de ressources/coûts plus faible, la qualité des soins est susceptible de diminuer. La définition d'un niveau optimal de qualité des soins et une planification en temps voulu du processus de passation avec des objectifs de résultats convenus, devraient permettre de maintenir un niveau de soins acceptable.

---

## Adapter les services VIH/TB intégrés existants

Jusqu'à présent, l'hypothèse était que la composante à intégrer partait de zéro. Mais il y a certains projets qui ont déjà intégré des composantes VIH/TB dans leurs services.

Ces projets pourraient vouloir adapter leurs services, mais... quel est le bon moment et quelles sont les bonnes raisons pour cette adaptation ? Quels sont les principaux obstacles auxquels vous pourriez vous heurter ?

Une réévaluation de la situation devrait permettre de répondre à la plupart de ces questions. Les outils d'évaluation figurant en annexe 1 peuvent être utiles à cet égard. Par exemple, les politiques de lutte contre le VIH/TB ou la situation du financement international ont-elles changé ? Y a-t-il de nouveaux acteurs qui ont également une composante VIH/TB et quelle est la qualité de leurs soins ? Qui sont les patients ? Y a-t-il une possibilité de différencier les soins de manière plus efficace ? Quelle est la capacité au sein du projet ? Y a-t-il de la marge pour se développer ? Etc.

Bien sûr, c'est une bonne idée d'impliquer votre référent VIH/TB pour obtenir des conseils sur une montée en puissance (notamment sur les meilleurs outils disponibles à utiliser pour simplifier les soins, comme les tests de charge virale, la décentralisation et les DSD tels que les GTARVC).

Il est également bon de savoir qu'une montée en puissance n'implique pas forcément plus de travail. Par exemple, le fait de faire tester la charge virale par un appareil Xpert peut permettre aux patients stables de réduire sans risque le nombre d'examens à la clinique, car leur charge virale est indétectable, et ils peuvent rejoindre un modèle DSD.

## Cadre logique et indicateurs standards minimums

Pour rassembler tout cela, vous devrez adapter le cadre logique du projet pour y inclure désormais les activités liées au VIH/TB. Ajouter des objectifs spécifiques avec des indicateurs vérifiables (qui se connectent facilement au système M&E). Il existe de nombreux indicateurs possibles, en fonction bien sûr des activités à intégrer. Ci-dessous figurent des indicateurs standards minimums qui peuvent être utilisés dans un cadre logique. Veuillez vérifier auprès du référent VIH/TB si votre section a des exigences spécifiques pour le cadre logique, par exemple en ce qui concerne les indicateurs et la formulation d'objectifs spécifiques.

<b><u>Indicateurs standards minimums VIH</u></b> (Pour une période donnée)	<b><u>Indicateurs standards minimums TB</u></b> (Pour une période donnée)
---	--

<p><b>Utilisation des services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de testés</li> <li>• Nbre &amp; % VIH +</li> <li>• Nbre &amp; % avec TARV</li> </ul> <p><b>Résultats périodiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nbre &amp; % perdus de vue (LFU)</li> <li>• Nbre &amp; % morts</li> <li>• Nbre &amp; % maintenus en soins</li> </ul> <p><b>PTME</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nbre &amp; % femmes enceintes testées VIH+</li> <li>• Nbre &amp; % bébés VIH+ dans le programme au bout de 24 mois</li> </ul> <p><b>Charge virale</b></p> <p>Nbre &amp; % supprimé virologiquement</p> <p>Nbre &amp; % avec CV détectable &gt; 1000 copies/ml</p> <p>Nbre &amp; % en deuxième ligne TARV</p>	<p><b>Utilisation des services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pers. testées pour la TB.</li> <li>• Nbre &amp; % nouveaux cas confirmés TB-SM</li> <li>• Nbre &amp; % nouveaux cas TBSM ont commencé trait. anti-TB</li> <li>• Nbre &amp; % cas RR/MU</li> <li>• Nbre &amp; % RR/MU ont commencé trait.</li> </ul> <p><b>VIH/TB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nbre &amp; % VIH +</li> <li>• Nbre &amp; % avec TARV</li> </ul> <p><b>Résultats de fin de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nbre &amp; % de pers. traités avec succès</li> <li>• Nbre &amp; % d'échecs</li> <li>• Nbre &amp; % perdus de vue (PDV)</li> <li>• Nbre &amp; % morts</li> </ul> <p><b>Thérapie préventive contre la TB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nbre &amp; % &lt;5s terminés la prophylaxie TB</li> <li>• Nbre &amp; % de PAVIH ayant terminé la prophylaxie TB</li> </ul>
--	--

## Partie III : contextes particuliers

### Traitement VIH/TB et urgences

Selon l'ONUSIDA, 2,5 millions de personnes vivant avec le VIH ont été touchées par des urgences humanitaires dans le monde en 2016 (une augmentation de 1,67 million en 2013), la plus forte augmentation se produisant en Afrique subsaharienne (1,2 à 1,7 million). Le déficit de traitement a également augmenté, passant de 1 million en 2013 à 1,25 million en 2016.

En 2006, l'OMS, le HCR, l'ONUSIDA, l'UNICEF et MSF sont parvenus à un consensus sur le fait que la délivrance de traitements ARV dans les situations d'urgence est possible et représente une obligation en termes de droits de l'homme et de stratégie de santé publique<sup>7</sup>.

Les besoins de cette population doivent être inclus dans l'intervention d'urgence lorsqu'elle est coupée des services de santé initiaux. Des progrès ont été réalisés à ce jour avec la reconnaissance du problème par l'ONUSIDA et le lancement de l'équipe de travail interinstitutions (ETII) en 2011 pour travailler avec les gouvernements, la société civile et d'autres organisations afin d'aborder, entre autres, le soutien à l'élaboration de politiques, la programmation, la mobilisation des ressources et la planification stratégique en matière de VIH.

### Planification d'urgence

Dans les contextes d'instabilité ou d'urgence aiguë et où les composantes VIH/TB sont déjà opérationnelles, MSF doit garantir que les activités VIH/TB en place continuent de fonctionner sans interruption. L'interruption répétée de l'approvisionnement en médicaments compromettra les résultats pour la santé des patients sous traitement VIH/TB et peut potentiellement causer le développement ou l'amplification de la résistance aux ARV et/ou aux médicaments antituberculeux.

<sup>7</sup> Fournir des médicaments antirétroviraux dans les situations d'urgence : négligé mais possible, 20 septembre 2006, OMS.  
[https://www.who.int/hac/techguidance/pht/HIV\\_AIDS\\_101106\\_arvemergencies.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/techguidance/pht/HIV_AIDS_101106_arvemergencies.pdf?ua=1)

Le plan d'urgence (PU) vise à éviter les interruptions de traitement en fournissant un stock supplémentaire de médicaments (ART, médicaments antituberculeux, CTX, NVP dans les cas de PTME) avant ou pendant l'instabilité. Pour laisser suffisamment de temps à la normalisation des services ou pour que les patients puissent accéder à des services ailleurs.

Cela demande une planification préalable. La phase de préparation (voir tableau ci-dessous) comprend la préparation de "sacs de fuite" avec 3 à 6 mois de médicaments et l'éducation des patients sur ce qu'il faut faire au cas où le plan d'urgence doit être mis en œuvre. Lorsque ce cas survient, la phase de réaction est lancée, et les sacs sont distribués.

Idéalement, un PU devrait être défini avant de commencer les activités (ou du moins, avant que l'instabilité n'apparaisse), et être régulièrement mis à jour en fonction du contexte et de la situation du projet. Le PU doit être bien connu des personnes clés sur le terrain, ainsi que des patients.

Le PU doit être activé avant que l'instabilité/l'urgence n'atteigne un point où les activités normales du projet sont interrompues, en raison de l'évacuation du personnel et/ou de la réduction des activités. La conception et l'activation du PU sont intrinsèquement liées au niveau de sécurité du projet, qui est normalement défini par la coordination de la mission sur le terrain

Les approvisionnements/les commandes internationales en médicaments de MSF doivent prendre en compte la mise en œuvre de la PU étant donné que ces approvisionnements supplémentaires en médicaments sont nécessaires en plus de l'approvisionnement normal. Cela doit être planifié bien à l'avance, car le manque de stocks suffisants peut entraver la mise en œuvre des PU. Ajouter le stock d'urgence prévu en fonction de la quantité à fournir selon la directive/plan d'urgence.

<b>Objectifs</b>	<b>Phase de préparation</b> (avant l'urgence / interruption des services)	<b>Phase de réaction</b> Avant que les interruptions ne se produisent Lorsque les interruptions surviennent, il se peut que la distribution des sacs de fuite prenne du retard.
<b>Quoi</b>	Localiser les patients sur une carte. Enregistrer les patients pour le PU. Identifier les personnes clés au niveau de la clinique (NS) et de la communauté (PVVIH / ASC). Informer les patients et obtenir le consentement des ASC pour la distribution des sacs de fuite. Remettre à tous les patients un "Passeport VIH/TB". Sensibiliser les patients sur ce qu'il faut faire. Préparer des "sacs de fuite" avec un approvisionnement en médicaments de 3 à 6 mois. Stock d'urgence dans tous les structures de santé : contrôle et rotation du stock en fonction de la date de péremption ;	Distribuer les "sacs de fuite" dans les cliniques ou par l'intermédiaire de la personne de référence de la communauté. Envoyer les stocks de secours aux structures de santé (si cela n'a pas été fait au préalable).  Si possible, poursuivre le dépistage/le test VIH et les nouvelles inclusions dans les SP, les patients cliniquement suspects (y compris les enfants) et les programmes nutritionnels ;



<b>Où</b>	Dans tous les projets où une instabilité est prévue selon l'analyse des risques Au niveau de la coordination Au niveau du projet : document PU en place Au niveau des structures de santé Au niveau communautaire	Au niveau du projet Au niveau des structures de santé Au niveau communautaire
<b>Pour qui</b>	Tous les patients de la composante VIH/TB	Toutes les PAVIH / PATB touchées par l'instabilité
<b>Qui</b>	PMR/CEM : pour coordonner tous les PU et briefier les expatriés Superviseur HIV/TB : pour sensibiliser le personnel national Medco et pharmaciens (mission et projet) : pour préparer les stocks	Le PU est activé par FieldCo et coordonné par le PMR Personnes clés : - Personnel national : infirmier, conseiller - Niveau communautaire : PVVIH ou ASC

## Nouvelle intervention d'urgence - sans projet préexistant

Dans une nouvelle intervention d'urgence - sans projet MSF préexistant - une évaluation de base du VIH/TB doit être incluse dans l'évaluation d'urgence et la mise en évidence de la situation. Les commandes d'urgence doivent comprendre des médicaments contre la TB et des ARV. Pour faciliter la première commande, un kit d'urgence pour la prise en charge du VIH et de la TB pour 50 patients a été élaboré dans un premier temps, voir annexe 3.

La recommandation concernant les soins VIH/TB dans les premières phases d'une nouvelle intervention d'urgence est de s'assurer d'abord que les patients qui recevaient déjà des médicaments contre le VIH/TB obtiennent les recharges dont ils ont besoin pour éviter toute interruption. Les mesures de précaution universelles, la mise à disposition de la PPE, la sécurité des transfusions sanguines, les préservatifs et les plans d'urgence sont d'autres éléments de la phase initiale.

Objectifs	Prévention de l'interruption du traitement / reprise	Prévention de la transmission à haut risque
<b>Quoi</b>	Poursuite du TARV / TATB : consultations OPD/TPI, DSD modélise la distribution des ARV pour les patients stables. ARV pour les patients vulnérables (TB, IO, ITFC, KA) si possible. Planification d'urgence. Conseil en matière d'observance : conseil et dépistage en consultation OPD/IPD ;	PPE au personnel. VSS en SRH/OPD. Dépistage VIH pour les femmes enceintes et qui allaitent.
<b>Où</b>	Toute structure supportée	Toute structure supportée
<b>Pour qui</b>	Les patients qui recevaient déjà un traitement contre le VIH ou la TB Les patients vulnérables / très malades qui ont besoin d'un traitement	Membres du personnel à risque Survivant(e)s de violences sexuelles
<b>Qui</b>	Les expatriés principalement Personnel national qualifié : médecin, infirmière, sage-femme, conseiller	Les expatriés principalement Personnel national qualifié : médecin, infirmière, sage-femme, conseiller

## Urgence/instabilité dans un projet préexistant

Dans une situation d'urgence/d'instabilité où il existe déjà un projet MSF avec une composante VIH/TB, MSF doit garantir que les activités VIH/TB en place continuent à fonctionner. La possibilité de poursuivre les activités dépendra du niveau de perturbation :

1. Interruption totale : en raison d'une insécurité grave, le personnel peut être évacué ou mis en hibernation, ce qui oblige à fermer la structure de santé. Idéalement, ce scénario a fait l'objet d'une préparation préalable et un plan d'urgence peut être activé dès que possible.
2. Lorsque la perturbation permet au personnel et aux patients (une partie) d'accéder à la structure, les services peuvent être limités à la fourniture de stocks d'urgence et au renouvellement des médicaments d'urgence pour les patients existants afin d'éviter une interruption et de dispenser un traitement salvateur.
3. La situation peut devenir un contexte d'insécurité chronique, permettant la continuité de services limités ou adaptés.
4. La situation revient complètement à la normale, les activités reprennent à plein régime.

Dans de telles situations, les services de soins VIH/TB peuvent être envisagés par étapes en fonction du niveau de perturbation/insécurité. Vous trouverez ci-dessous quelques suggestions de mesures à prendre en fonction du niveau de perturbation :

	<b>1<sup>ère</sup> phase :</b> Perturbation totale	<b>2<sup>ème</sup> phase :</b> Perturbation avec un (certain) accès à la structure	<b>3<sup>ème</sup> phase :</b> Insécurité chronique de niveau faible
<b>Objectifs</b>	Aucune activité	Prévention de l'interruption de traitement Prévention de la transmission à haut risque Réinitialisation du traitement après une interruption Plan d'urgence	Garantir la non-interruption du traitement pour tous les patients sous traitement ARV et antituberculeux TARV pour la Prévention des patients vulnérables Plan d'urgence
<b>Quoi</b>	Aucune activité	Poursuite du traitement ARV et TB Plan d'urgence VSS PPE	Activités de prévention Dépister et traiter Sensibilisation des patients/services de conseil Monitoring en laboratoire (CD4, Xpert pour la TB/VL/EID ou références DBS) Monitoring et évaluation Engagement communautaire et modèles de soins communautaires
<b>Où</b>	Structure inaccessible/ fermée	Structure de santé (OPD, IPD, SP, clinique TB/VIH)	Toutes les installations et Communauté : SS, DSD, contact + suivi des patients perdus de vue
<b>Pour qui</b>	Aucun patient	PAVIH et PATB Victimes de VSS Personnel, femmes enceintes / qui allaitent liés à la SRH	PAVIH et PATB Patients vulnérables, ITFC, patients Kala Azar, patients en OPD/IPD avec IO, femmes enceintes en SP et femmes allaitantes en soins postnatals liées à la SRH.

<b>Qui</b>	Aucun personnel	Tâches partagées entre expatriés et personnel national	Tâches transférées au personnel national clé (médecin, infirmier, conseiller, ASC)
------------	-----------------	--	--

## Population en mouvement

Les mouvements de population résultent de différentes situations :

- Conflits et déplacements
- Populations nomades
- Travailleurs migrants

Le défi que posent les personnes qui se déplacent pour se faire soigner pour le VIH ou la TB est que vous ne savez pas quand et même si vous allez les revoir dans votre clinique. Pourtant, cela ne doit pas être une raison pour ne pas mettre en place des soins contre le VIH et la TB. Les étapes suivantes sont recommandées pour essayer de maintenir les patients sous traitement contre le VIH et la TB dans les meilleures conditions de sûreté possibles :

1. Répertorier toutes les structures prodiguant des soins VIH/TB dans la région
2. Répertorier les mouvements de population dans le cas de pop. nomades ou de travailleurs migrants (cycles, timing)
3. Remettre la carte passeport VIH/TB à tous les patients
4. Enregistrer toutes les populations mobiles, y compris les contacts téléphoniques, et assurer si possible des contacts téléphoniques tous les 3 à 6 mois
5. Une sensibilisation forte des patients et des membres de la famille
6. Assurer le suivi annuel de la charge virale

	<b>Intégration du VIH/TB dans les populations mobiles</b>
<b>Objectif</b>	Prévention de l'interruption de traitement
<b>Quoi</b>	Continuation TARV (6 mois ou plus, selon les mouvements) Continuation TATB (complet) SPEC
<b>Comment</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Répertorier toutes les structures prodiguant des soins VIH/TB dans la région</li> <li>2. Répertorier les mouvements de population dans le cas de pop. nomades ou de travailleurs migrants (cycles, timing).</li> <li>3. Remettre la carte passeport VIH/TB à tous les patients</li> <li>4. Enregistrer toutes les populations mobiles, y compris les contacts téléphoniques, et assurer si possible des contacts téléphoniques tous les 3 à 6 mois</li> <li>5. Assurer une sensibilisation adéquate à la santé et fournir les informations nécessaires au patient et aux membres de sa famille à chaque contact,</li> <li>6. Sensibiliser à l'importance de la surveillance annuelle de la charge virale</li> </ol>
<b>Où</b>	Structure VIH/TB
<b>Qui</b>	Personnel national qualifié : médecin, infirmière, sage-femme, conseiller

## Partie activité VIH/TB

Ce chapitre décrit les différentes composantes et options d'activité dans le cadre des soins du VIH et de la TB.

Il existe un bon nombre d'options avec différents niveaux de complexité. Un projet peut décider quelles composantes/options sont pertinentes, en tenant compte de l'évaluation du contexte du VIH/TB, des patients et de la capacité du projet. Les tableaux ci-dessous donnent un aperçu des composantes et des options.

### Soins VIH

Composante	Options d'activités			
<b>Prévention</b>	Préservatifs	PPE	PPRE	
<b>PTME</b>	Identification des femmes enceintes VIH+	Prophylaxie	Diagnostic précoce des nourrissons	
<b>Recherche de cas et dépistage</b>	CDIS	CDV		
<b>Traitement</b>	Traitement IO	Initiation TARV	Monitoring ARV	Renouvellement ARV
<b>Eduction des patients/conseil</b>	Pré-test	Post-test	Observance	
<b>Communauté</b>	Contacteur autorités	Sensibilisation à la santé	Recherche de cas, suivi des perdus de vue	Groupes de soutien communautaire
<b>Laboratoire</b>	TDRs	Appareils des lieux de soins (proches)	Appareils au laboratoire du projet	Appareils au laboratoire de référence
<b>M&amp;E</b>	Collecte de données et reporting sur support papier		Collecte de données et reporting sur support électronique	

### Soins TB

Composante	Options d'activités			
<b>Prévention</b>	Mesures administratives	Mesures environnementales	Mesures personnelles	Traitement de TB latente
<b>Recherche de cas et dépistage</b>	Recherche passive de cas	Recherche active de cas		
<b>Traitement</b>	TB sensible aux médicaments	TB (multi-) résistante		
<b>Eduction des patients/conseil</b>	Eduction des patients	Conseil en matière d'observance		
<b>Communauté</b>	Contacteur autorités	Sensibilisation à la santé	Recherche de cas, suivi des perdus de vue	Groupes de soutien communautaire

<b>Laboratoire</b>	Microscopie	Appareils des lieux de soins (proches)	Appareils au laboratoire du projet	Appareils au laboratoire de référence
<b>M&amp;E</b>	Collecte de données et reporting sur support papier		Collecte de données et reporting sur support électronique	

Les pages suivantes contiennent des descriptions condensées de chaque composante et des options d'activités. Un tableau présente les éléments de base des activités et le texte sous le tableau explique les niveaux de complexité de la mise en œuvre, allant du plus simple au plus exhaustif.

Les éléments constitutifs sont :Quoi / Où / Pour qui / Quand et Qui :

### Éléments constitutifs

<b>Quoi</b>	Description de l'activité
<b>Où</b>	Lieu à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure de santé où l'activité peut être exercée
<b>Pour qui</b>	Population cible à laquelle l'activité est destinée
<b>Quand</b>	Quand l'activité doit être mise en œuvre dans le cadre du processus de soins ou à quelle fréquence elle doit être mise en œuvre/réalisée
<b>Qui</b>	Qui peut être considéré comme responsable de l'activité

Pour des informations plus détaillées (et/ou cliniques) sur chaque option, veuillez vous référer aux directives cliniques et programmatiques qui sont mentionnées tout au long de ce document. Leurs liens et références figurent également dans la liste des ressources de l'annexe 5.

Pour des exemples de composantes d'intégration VIH/TB dans des projets existants, quelques études de cas figurent en annexe 7.

## Prévention

La **prévention VIH/TB** vise à aider les personnes à éviter de contracter le VIH ou la TB.

**Lignes directrices à consulter lors de la mise en œuvre** : PCI, SPEC et directives cliniques VIH/TB (annexe 5).

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** Les formations sont intégrées dans les formations VIH/TB - voir RH et formation en partie III. Il existe des cours de formation Wat/San (eau/sanitaire) spécifiques pour le contrôle de l'infection TB.

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** Oui, les matériaux et les fournitures de précautions standard généraux tels que les préservatifs et les masques de protection respiratoire N95 et les médicaments (prophylactiques) contre le VIH ou la TB.

**General note:** quelle que soit l'intégration VIH/TB, tous les projets sont censés avoir (au minimum) mis en place les pratiques et contrôles de base de la prévention des infections (IPC). Ceci inclut les précautions standard (anciennement connues sous le nom de précautions universelles), l'hygiène des mains, la transfusion sanguine sécurisée, le traitement des IST, la distribution de préservatifs et la PPE pour le personnel et les victimes de violences sexuelles. Les détails des mesures IPC générales ne figurent pas dans ce document. Pour plus d'informations, veuillez consulter les lignes directrices de l'IPC8.

### Prévention VIH

	Préservatifs	PPE : post-exposition prophylaxis	PPRE : Pre-exposition prophylaxis
<b>Quoi</b>	Proposer des préservatifs	Médicaments ARV pour prévenir le VIH	Prophylaxie ARV Package monitoring
<b>Où</b>	Structure de santé, sensibilisation	Structure de santé	Structure de santé
<b>Pour qui</b>	Toutes les personnes qui en ont besoin	Needle accidents / occupational exposure et survivants SSV	Risque d'exposition élevé, couples discordants
<b>Quand</b>	Tous les contacts de la structure de santé / diffusion	Dans les 72 heures suivant l'exposition au VIH	Au moins 7 jours avant l'exposition/après un résultat de test VIH négatif
<b>Qui</b>	Conseillers, travailleurs non qualifiés / pairs, etc.*	Infirmière, responsable clinique	Infirmière, responsable clinique

\* Ou encore, mettez des préservatifs à disposition et exposez-les dans la structure.

En ce qui concerne la prévention du VIH, l'une des mesures les plus élémentaires est de proposer des préservatifs. Prophylaxie post-exposition<sup>9</sup> fait partie de la prévention de base et doit être mise en place dans tout projet. Prophylaxie pré-exposition<sup>10</sup>, par exemple pour les couples discordants ou les personnes à haut risque d'exposition ; nécessite des conseils et un suivi permanents. N'oubliez pas non plus que le

8 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251730/9789241549929-eng.pdf;jsessionid=AA7FD1D166B9ABA4EDFE21F9A345A811?sequence=1>

9 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277395/WHO-CDS-HIV-18.51-eng.pdf?ua=1>

10 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565_eng.pdf?sequence=1)

traitement antirétroviral (TARV) lui-même fait office de prévention : chez les patients séropositifs sous ARV qui sont virologiquement indétectables, le VIH n'est pas transmissible<sup>11</sup>.

### PTME : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Les **activités PTME** visent à prévenir la transmission du virus VIH d'une mère à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

**Lignes directrices à consulter lors de la mise en œuvre** : lignes directrices PTME (annexe 5).

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** La formation sur la PTME est intégrée dans la formation VIH de base en ligne et dans la formation SRH (pour les sages-femmes).

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** ARV pour la mère et l'enfant exposé, matériel de laboratoire pour la PCR ADN, matériel éducatif tel que des tableaux à feuilles mobiles ; protocole de PTME pour le personnel.

PTME : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est le moyen le plus important et le plus efficace d'empêcher les nouveau-nés de contracter l'infection via le VIH de leur mère. Les tableaux ci-dessous indiquent ce qui est nécessaire pour mettre en place la PTME. Le service est généralement relié à la clinique de soins prénatals (SP), aux services d'accouchement et relie le couple mère-bébé à la composante VIH générale et aux services cliniques pour moins de cinq ans. Du point de vue programmatique, nous distinguons ici les services (1) dédiés à l'identification des mères VIH+, à leur traitement et aux mesures préventives pour les bébés et (2) ceux dédiés à l'identification précoce des bébés infectés par le VIH suite à une transmission verticale pour les mettre sous traitement.

Objectifs PTME (1)	Identification des femmes enceintes VIH+	Prophylaxie pendant la grossesse	Prophylaxie pendant l'accouchement		Prophylaxie pendant l'allaitement
			Mère	Bébé	Mère et bébé
<b>Quoi</b>	CDVIH	Initiation TARV Sensibilisation des patients Renouvellement ARV	Continuer TARV	Combinaison d'ARV selon les directives de MSF/MoH	Triple ARV ou régime ARV de prophylaxie pour le bébé, Sensibilisation des patients CDVIH pour les femmes n'ayant pas été testées préalablement Envisager CDVIH pour les femmes séronégatives
<b>Où</b>	SP, maternité	Soins prénatals	Maternité	Maternité	Soins post-natals PEV (programme de vaccination) Programme U5 (si existant)
<b>Pour qui</b>	Toutes les femmes enceintes	Femmes enceintes VIH+	Femmes enceintes VIH+	Bébés nés de femmes VIH+	Mères VIH+ et bébés nés de mères VIH+
<b>Quand</b>	SP - 1ère consultation. PTME urgente si non dépistée.	Initiation : SP dès que possible après le diagnostic Renouvellement : mensuellement	À l'accouchement	Immédiatement après la naissance	Dès la naissance : 6 semaines en cas de risque faible et 12 semaines en cas de risque élevé

<sup>11</sup> <https://samumfsf.org/en/resources/hiv/viral-load-monitoring>



---

<b>Qui</b>	Sage-femme/conseillers	Sage-femme/conseiller	Sage-femme/consaeiller	Sage-femme	Infirmière
------------	------------------------	-----------------------	------------------------	------------	------------

<b>PTME (2) : diagnostic précoce chez les nourrissons (EID)</b>	<b>TAN à la naissance</b>	<b>TAN au bout de 6 semaines et au bout de 9 semaines</b>	<b>18 mois</b>
<b>Quoi</b>	Test PCR (en option)	Test PCR, au bout de 6 sem. et 9 mois : CTX et PEV	Test VIH rapide
<b>Où</b>	Maternité : prélèvement de sang et laboratoire pour le test PCR	Soins post-natals Consultation de suivi des bébés exposés au VIH	Soins post-natals Consultation de suivi des bébés exposés au VIH
<b>Pour qui</b>	Tous les bébés nés de mères VIH+	Tous les bébés nés de mères VIH+	Tous les bébés nés de mères VIH+
<b>Quand</b>	À la naissance	Première à 4-6 sem. Seconde à 9 mois	à 18 mois (et après 6 à 12 semaines d'arrêt de l'allaitement) si le TAN antérieur est négatif ou non accessible
<b>Qui</b>	Infirmière, sage-femme, technicienne de laboratoire	Infirmier, responsable clinique, sage-femme, technicien de laboratoire	Infirmier, responsable clinique, sage-femme, technicien de laboratoire, conseillers

Les recommandations sur la PTME concernant la combinaison d'ARV pour la prophylaxie des bébés exposés peuvent avoir différentes options selon le contexte et les défis posés à l'administration. Nous suggérons de suivre les recommandations du MoH et de consulter votre référent VIH afin d'identifier la stratégie qui correspond le mieux aux recommandations de MSF.

De même, bien que le dépistage des nourrissons exposés soit un élément clé de la PTME, l'accès à des tests virologiques (c'est-à-dire avec appareil Xpert) peut ne pas être disponible. Dans ce cas, envisagez d'envoyer des prélèvements (à l'aide de la technique du Dry Blood Spot - DBS) ou d'effectuer un test rapide du VIH après en avoir discuté avec votre référent VIH.

Le dépistage des partenaires dans le cadre des soins prénatals peut également être effectué au moyen de l'autotest du VIH (ATVIH). L'ATVIH est un outil acceptable et efficace pour accroître le dépistage et la révélation<sup>12</sup> (OMS, 2018).

<sup>12</sup> <https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/strategic-framework/en/>

## Prévention TB

	Mesures administratives	Mesures environnementales	Mesures personnelles	Gestion de l'ITBL
<b>Quoi</b>	Flux des patients et triage, politique de contrôle des infections dans les structures de soins	Ouvrir les fenêtres Flux d'air	Masques pour les patients, masques N95 pour le personnel et les soignants	Traçabilité des contacts, dépistage de la TB active et traitement de l'infection latente/thérapie préventive TB (TPT)
<b>Où</b>	Structure de santé	Structure de santé Habitat / communauté	Structure de santé et communauté	Structure de santé et communauté
<b>Pour qui</b>	Tous les patients, les visiteurs et le personnel	Tous les patients + les membres de leur famille, les visiteurs et le personnel	PATB, personnel et contacts	Contacts de PATB Patient VIH
<b>Quand</b>	Tout le temps	Tout le temps	En phase de contagion. Toutes PATB présumées;	Après le diagnostic de la TB du cas index. De façon systématique chez les patients atteints du VIH ;
<b>Qui</b>	Point focal de contrôle des infections et RAM	Point focal de contrôle des infections et RAM Tout le personnel	Personnel de la structure de santé	ASC (identification), infirmière/RC/MD (traitement)

Les mesures de base de prévention de la transmission de la TB commencent par l'organisation de la structure sanitaire elle-même, en minimisant les risques de transmission dans les salles de traitement et les zones d'attente. Dans les hôpitaux, il est conseillé de garantir un espace dédié à des chambres séparées, bien ventilées, pour isoler les patients suspectés de TB (plus contagieux) et les patients tuberculeux en traitement, séparés, confirmés. Assurer une circulation d'air fiable dans le bâtiment et trier les patients qui toussent sont de bons exemples de mesures administratives et environnementales pouvant être prises. Consultez le conseiller WatSan ou la référence PCI dans votre section. Des cours spécialisés pour le contrôle de l'infection TB sont disponibles. Voir aussi les conseils sur la ségrégation des patients atteints de TB dans le manuel de MSF sur la TB13.

Un exemple de mesures de protection personnelle de base est l'utilisation de masques chirurgicaux par les patients suspectés ou confirmés afin de réduire la quantité de gouttelettes/bacilles libérées dans l'air, pouvant contaminer d'autres personnes. Les respirateurs N95 sont des masques pour le personnel et les soignants permettant de les protéger contre une éventuelle contamination par la tuberculose lors des consultations et autres activités de soins.

Bien que les masques soient importants, il est impératif de se rappeler que **la mesure la plus efficace pour réduire la transmission de la TB est d'identifier, de confirmer et d'initier un traitement efficace de la TB dès que possible dans le cadre de PATB.**

---

13 MSF, Tuberculosis Health Facilities Design Handbook, Médecins Sans Frontières, 2017 (Manuel de conception des structures de santé pour la tuberculose)

De plus amples informations sur d'autres sujets liés à la prévention de la TB et à sa gestion technique ou clinique, par exemple la vaccination par le BCG, figurent dans les lignes directrices sur la TB (annexe 5).

La gestion de personnes ayant été exposées à la TB et la surveillance de l'évolution éventuelle de la TB après un contact, la traçabilité des contacts et le suivi sont des activités très importantes. En enquêtant et en testant les personnes en contact étroit avec le patient, la TB peut être découverte et traitée à un stade précoce. Les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse latente peuvent également être identifiées et traitées en conséquence<sup>14</sup>. Voir également le chapitre sur le dépistage de la TB consacré à la recherche active et passive des cas et à la traçabilité des contacts.

## Recherche de cas et dépistage

**Dans ce chapitre consacré à la recherche de cas au dépistage**, nous examinons la manière dont le dépistage peut être mis en place et les stratégies permettant de trouver les personnes qui pourraient avoir besoin d'être soumises à un test de dépistage du VIH ou de la TB.

**Lignes directrices à consulter lors de la mise en œuvre**<sup>o</sup>: lignes directrices de MoH en accord avec les lignes directrices de l'OMS, du MSF Laboratorium (voir annexe 5).

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** Oui, une formation sur l'utilisation des tests et une formation en matière de conseil.

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** Oui, tests de dépistage du VIH et de la TB (voir section laboratoire), matériel d'information, protocoles pour les membres du personnel.

## Recherche de cas & dépistage VIH

	<b>PICT</b> : conseil et dépistage à l'initiative du soignant	<b>CDV</b> : conseil et dépistage volontaire
<b>Quoi</b>	Dépistage VIH Conseil (pré- et post-test)	Dépistage VIH Conseil (pré- et post-test)
<b>Où</b>	Établissement de santé (OPD, IPD, TB, nutrition, maternité et SP)	Structures de santé et communauté
<b>Pour qui</b>	Cas présumés/soupçonnés tels que : MAS, TB, KA, patients atteints d'IO, femmes enceintes	Population générale
<b>Qui</b>	Infirmière, sage-femme, médecin, RC identifiant et orientent vers un conseiller (si formé/autorisé à faire des tests)	Conseillers / travailleurs non spécialisés (s'ils ont reçu une formation), personnel médical, <b>patient (auto-test du VIH)</b>

Un diagnostic de VIH confirmé est requis avant de commencer le traitement du VIH<sup>15</sup>. Cela est simple et réalisable grâce aux tests de diagnostic rapide (TDR) (toujours dans le cadre d'un algorithme de test validé) et au conseil avant et après le test.

Le dépistage du VIH peut être concentré sur des groupes vulnérables spécifiques si la capacité de dépistage et de test est limitée, par exemple les PATB, les femmes enceintes en SP, les enfants dans les programmes

<sup>14</sup> [https://www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/ltbi\\_faqs/en/](https://www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/ltbi_faqs/en/)

<sup>15</sup> <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>

de nutrition et les patients très malades en IPD ou en consultation OPD. Dans le cadre du conseil et du dépistage à l'initiative du soignant ou du CDIS, le soignant recommande spécifiquement un test VIH à un patient qu'il soupçonne d'être infecté par le VIH.

Si le projet dispose de plus de capacités, le dépistage et les tests peuvent se développer pour offrir des services de dépistage à toutes les personnes qui souhaitent être testées, même si elles ne se sentent pas malades. C'est ce qu'on appelle le conseil et le dépistage volontaires ou CDV. La meilleure pratique consiste à disposer d'un service de CDV où toutes les personnes de la communauté peuvent venir se faire dépister et d'avoir des services de dépistage permanents dans tous les services des hôpitaux/structures de santé, y compris l'OPD, l'IPD, les SP, etc.

L'autotest du VIH (ATVIH) est une approche supplémentaire à prendre en considération. L'ATVIH est un processus au cours duquel une personne prélève son propre échantillon (c'est-à-dire sa salive), effectue le test et interprète le résultat, avec ou sans assistance, dans un cadre public ou privé. Sa mise en œuvre améliore l'accès, en particulier pour les populations difficiles à atteindre, les contextes où la stigmatisation liée au VIH est encore élevée, et surtout pour les personnes qui ne sont actuellement pas touchées par les services de dépistage existants (populations clés, hommes et jeunes).

En outre, l'ATVIH améliore la couverture du dépistage grâce à l'intégration de cette stratégie dans les services cliniques où le dépistage est nécessaire mais non systématique, ou lorsque le dépistage est mal mis en œuvre, par exemple, dans les cliniques à forte fréquentation où le VIH est très répandu, et dans les cliniques de traitement des IST ou de planification familiale<sup>16</sup> (OMS, 2018). Une confirmation par l'algorithme de test national validé est toujours obligatoire. Actuellement, le dispositif Oral Quick (OraSure) est validé dans les catalogues MSF pour son utilisation sur des échantillons de fluide oral.

### Recherche de cas et dépistage TB

	Recherche passive de cas	Recherche active de cas
<b>Quoi</b>	Recherche et diagnostic des cas de TB passive	Recherche et diagnostic des cas de TB active
<b>Où</b>	Structure de santé	Communauté
<b>Pour qui</b>	Les personnes à évaluer pour la TB et leurs contacts	Les personnes à évaluer pour la TB et leurs contacts
<b>Qui</b>	Infirmière, MD, RC, conseillers qualifiés	ASC, travailleurs non spécialisés/pairs formés, ambassadeurs de la TB

La recherche passive de cas se concentre sur les personnes présentant des signes et des symptômes de la TB qui arrivent au centre de santé. Ceci doit être fait comme un standard de base dans chaque centre. Dans la phase initiale d'un programme où les capacités sont limitées, la recherche de cas de TB peut être limitée à la recherche passive de cas, y compris l'évaluation des patients présentant un risque élevé de TB, comme ceux atteints du VIH, de malnutrition, en IPD et les contacts connus de PATB.

Lorsque des capacités supplémentaires sont disponibles, la recherche active de cas peut être envisagée. Une équipe d'ASC qualifiés ou une équipe de travailleurs non spécialisés formés va activement à la recherche de cas de tuberculose et de leurs contacts au sein de la communauté.

<sup>16</sup> <https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/strategic-framework/en/>

---

Pour diagnostiquer la tuberculose et la TB-MR, le test Xpert MTB/RIF est test de laboratoire clinique le plus fiable à avoir. Cependant, dans de nombreux endroits, il n'est pas encore disponible si bien qu'une microscopie en combinaison avec des algorithmes cliniques doit être privilégiée. Un bon laboratoire de référence est généralement requis d'assurer des tests de qualité, y compris le contrôle qualité. Pour plus d'informations, voir le chapitre sur les laboratoires.

La collecte des expectorations de TB en soi nécessite une configuration distincte dans la structure sanitaire, avec de bonnes mesures de contrôle des infections pour éviter la contamination/transmission accidentelle (idéalement une cabine d'expectorations). Pour plus d'informations sur le prélèvement (avancé) d'échantillons, veuillez vous référer aux directives cliniques sur la TB (voir annexe 5).

Lorsqu'une radiographie du thorax (CXR)<sup>17</sup> est possible, elle peut constituer un test supplémentaire utile pour tous ceux dont les tests bactériologiques sont négatifs, en particulier chez les enfants.

L'échographie au lieu de soins ultrason (POCUS) est également en cours d'essai comme outil de diagnostic de la TB. Une technique appelée FASH : Focused assessment with Sonography for HIV/TB (Évaluation ciblée par échographie pour le VIH/TB), a été développée pour les structures à ressources limitées, afin d'aider au diagnostic de la tuberculose extra-pulmonaire (TBEP) et des formes disséminées de tuberculose (TB) chez les patients atteints du VIH<sup>18</sup>. Veuillez noter que pour apprendre et intégrer correctement l'échographie dans un projet VIH-TB, il faut une formation de qualité adéquate - les structures intéressées peuvent contacter leurs référents et le groupe de travail de MSF sur l'imagerie diagnostique pour plus de conseils à ce propos.

Un autre test de dépistage de la tuberculose est le test d'urine TB-LAM. Il s'agit d'une bandelette de test rapide qui utilise un échantillon d'urine (plus facile à recueillir qu'un échantillon d'expectorations et présentant moins de risques en matière de contrôle des infections). En raison de sa sensibilité et de sa spécificité sous-optimales, il ne peut pas être utilisé comme test général de dépistage ou de diagnostic de la TB, mais il a montré une sensibilité accrue chez les personnes très malades atteintes du VIH<sup>19</sup>. MSF recommande (conformément aux recommandations à venir de l'OMS) d'utiliser ce test pour toutes les personnes séropositives hospitalisées (adultes et enfants) et pour les adultes/enfants séropositifs en ambulatoire présentant des signes/symptômes de TB (indépendamment des CD4) ou de VIH avancé : enfants <5 ans ou CD4 200 ou stade OMS 3-4 (indépendamment des signes ou symptômes).

## Traitement VIH

**Le virus VIH** attaque le système immunitaire du patient (en particulier les cellules CD4). Avec le temps et en l'absence de traitement, le système immunitaire s'affaiblit et le patient devient vulnérable à d'autres infections (appelées "infections opportunistes"), qui peuvent entraîner la mort. Pour éviter cela, les directives actuelles recommandent de "tester et traiter" sans délai. Le traitement supprime le virus VIH de sorte que le système immunitaire reste intact.

---

<sup>17</sup> <https://www.who.int/tb/publications/chest-radiography/en/> (Le chapitre 1.4 donne un bon aperçu de l'utilisation des radiographies du thorax) [https://www.who.int/tb/publications/Radiography\\_TB\\_factsheet.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/publications/Radiography_TB_factsheet.pdf?ua=1)

<sup>18</sup>

[https://msfintl.sharepoint.com/:b/s/msfintlcommunities/DIWG/ESYiQgPbYnZNtzVi\\_T4xVA4BDYMGryc4304a0l0m6\\_zCqg?e=eHcSHL](https://msfintl.sharepoint.com/:b/s/msfintlcommunities/DIWG/ESYiQgPbYnZNtzVi_T4xVA4BDYMGryc4304a0l0m6_zCqg?e=eHcSHL) (pour plus de références, voir l'annexe 5)

<sup>19</sup> [https://www.who.int/tb/publications/factsheet\\_lf\\_lam.pdf](https://www.who.int/tb/publications/factsheet_lf_lam.pdf) De nouvelles recommandations de l'OMS vont bientôt être publiées.

**Lignes directrices à consulter lors de la mise en œuvre:** Directives cliniques sur le VIH ; MoH, OMS, MSF (annexe 5).

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** Oui, le personnel médical doit être formé aux soins du VIH. Voir la partie III pour plus d'informations sur les possibilités de formation.

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** Oui, des médicaments contre le VIH et des médicaments pour prévenir et traiter les infections opportunistes. Des tests en laboratoire sont nécessaires pour la surveillance.

	Traitement / prophylaxie des IO	Initiation TARV	Monitoring ARV	Renouvellement ARV
<b>Quoi</b>	Ensemble des soins médicaux La prophylaxie par le Cotrim	TARV (voir le guide clinique actualisé)	Charge virale Suivi en laboratoire (pour les événements indésirables) Suivi clinique (exemple : poids)	Distribuer les médicaments du traitement antirétroviral du patient
<b>Où</b>	IPD ou OPD	Consultation SSP IPD à l'hôpital	Consultation SSP et laboratoire	Pharmacie fast track (dispositif accéléré) Groupes communautaires Clubs ARV des structures de santé
<b>Pour qui</b>	Patients ayant des CD4 <200 cellules/mm <sup>3</sup> , patients admis en IPD	De groupes ciblés (très malades, TB, SP) à tous les séropositifs	All patients sur ARV	Pts stables → DSD Pts instables → clinique Enfants → DSD Populations clé → DSD
<b>Quand</b>	Immédiatement après le dépistage / diagnostic	Dans les 7 jours suivant le dépistage, le jour même si possible	3-6 mois, puis annuellement	3-6 mois / préférence
<b>Qui</b>	Responsable clinique ou médecin	Responsable clinique, infirmier, conseiller	Infirmier, technicien de laboratoire	Soutien par les pairs, infirmier, conseiller, pharmacie

La recommandation actuelle est de commencer un traitement ARV pour toutes les personnes VIH-positives le plus tôt possible après le dépistage. L'exception (programmatisée) pouvant retarder cela pourrait être une intervention d'urgence où l'objectif initial est d'assurer la continuité du TARV et du traitement de la TB. Cela peut se faire en réapprovisionnant en médicaments les personnes déjà sous traitement ARV et antituberculeux et en identifiant et en orientant les personnes infectées par le VIH qui présentent des complications cliniques graves et une maladie avancée (voir la partie IV de ce manuel pour plus d'informations sur les contextes particuliers).

Les protocoles du MoH peuvent être utilisés lorsqu'ils sont à jour selon les recommandations actuelles de l'OMS. Lorsqu'il n'existe pas de directives actualisées du MoH, la directive 201820 du MSF SAMU VIH/TB et d'autres directives recommandées par MSF ou l'OMS peuvent être utilisées.

20 <https://samumf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018#>

Au minimum, un infirmier et un conseiller peuvent être formés pour gérer une composante intégrée VIH/TB en consultation avec le médecin du projet existant chargé des cas difficiles et/ou le référent VIH/TB lorsqu'il n'y a pas d'expertise clinique dans le projet.

Il est fortement recommandé de veiller à ce que la manière dont les soins du VIH sont dispensés corresponde aux besoins des clients et reflète les préférences et les attentes afin de répondre aux besoins des différents groupes de personnes atteintes avec le VIH (PAVIH) tout en réduisant la charge superflue qui pèse sur le système de santé. C'est ce qu'on appelle la prestation de services différenciés ou DSD21: par exemple, l'administration d'un traitement ARV peut être "accélérée" directement à partir de la pharmacie à des intervalles de 3 à 6 mois. Ceci évite aux patients stables de devoir passer par une consultation si ce n'est pas nécessaire. D'autres modèles alternatifs de livraison d'ARV sont plus proches de la communauté, comme la livraison par les groupes communautaires de ARV (GCAs), les clubs d'adhérents ou les PODIs ("Poste de distribution de TARV communautaire")<sup>22</sup>. Les patients très malades doivent pouvoir être admis ou orientés vers des établissements appropriés.

Les commandes de médicaments ARV peuvent se révéler difficiles ; c'est pourquoi des outils ont été développés pour aider à calculer les quantités et inclure tous les médicaments nécessaires (voir annexe 2). Les médicaments contre les infections opportunistes (IO) sont commandés dans le cadre du processus de commande habituel.

## Traitement TB

**Le but du traitement TB** est de guérir le patient de la maladie de la TB. Le traitement consiste en une combinaison de médicaments dépendant des substances auxquelles la bactérie est sensible. La TB sensible est traitée pendant 6 mois. La TB résistante nécessite un traitement de plus longue durée et différents médicaments qui sont souvent beaucoup moins bien tolérés.

**Lignes directrices à suivre lors de la mise en œuvre :** Directives cliniques nationales sur la TB (mises à jour), OMS, MSF (annexe 5).

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** Oui, le personnel médical doit être formé à la prise en charge de la TB. Voir la partie III pour plus d'informations sur les possibilités de formation.

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** Oui, les médicaments contre la TB. Des tests en laboratoire sont nécessaires pour surveiller la réponse au traitement et pour tester la résistance aux médicaments anti-TB.

### TB sensible aux médicaments :

TBSM	Début du traitement	Renouvellements	Suivi
<b>Quoi</b>	Traitement anti-TB (TATB) en CDF (combinaison à dose fixe)	Traitement auto-administré (TAA) du TATB	Suivi clinique Effets secondaires : cliniques et laboratoire si disponibles
<b>Où</b>	Structure de santé du projet	Structure de santé ou communauté	Structure de santé du projet

<sup>21</sup> <http://www.differentiatedcare.org/Resources/Library>

<sup>22</sup> <https://samumf.org/en/resources/hiv/differentiated-art-delivery/art-distribution-point-podi-toolkit>



<b>Quand</b>	Après diagnostic clinique ou en laboratoire (Xpert MTB/RIF et/ou frottis)	Tous les 1-2 mois Envisager des renouvellements plus longs pour les populations mobiles / situation d'urgence	Après 2 semaines, 2 mois (avant la phase de continuation), et 5 mois (dernière consultation facultative à 6 mois)
<b>Qui</b>	Infirmier, responsable clinique, MD	Infirmier, responsable clinique, CHW	Infirmier, responsable clinique

### La TB résistante aux médicaments :

TB-MR	Début du traitement	Administration de médicaments		Suivi
<b>Quoi</b>	Régime court de TB-MR (idéal dans les situations instables) Régime long de TB-MR avec médicaments par voie orale (si le court le traitement est contre-indiqué)	DOT quotidien Injection quotidienne	Approvisionnement mensuel (TAA) DOT supervisé Injection quotidienne	Suivi clinique Culture et frottis pour la réponse au traitement, DST ; Effets secondaires : audiométrie & créatinine si injectable. ECG si les médicaments augmentent le QTc. Labo (transaminases, TSH)
<b>Où</b>	Faculté de santé	Structure de santé	À la maison / Communauté	Structure de santé
<b>Quand</b>	Après diagnostic du labo (Xpert MTB/RIF et/ou culture de la TB)	Pendant la phase d'injection	Tout au long de la période de traitement	Mensuel
<b>Qui</b>	MD, responsable clinique, infirmier	Travailleur de santé	ASC, membre de la famille ou travailleur non spécialisé	MD, responsable clinique, infirmier

A minima, les projets doivent avoir des combinaisons à dose fixe (CDF) de médicaments contre la TB sensible aux médicaments (TB-SM) pour les adultes et les enfants. La combinaison à dose fixe permet une prescription plus facile, tant pour le clinicien que pour le patient. Pour la TB résistante aux médicaments, les CDF sont inexistantes. Des outils de commande de médicaments antituberculeux sont disponibles pour aider au calcul des quantités et à la commande (voir annexe 2).

Le traitement peut être commencé sur simple suspicion clinique si des tests de diagnostic ne sont pas disponibles (voir annexe 5 ; directive sur la TB). Bien entendu, la confirmation par des tests en laboratoire, par l'appareil Xpert ou par la microscopie est beaucoup plus préférable, soit dans le cadre du projet, soit par réorientation. Veuillez noter que la confirmation en laboratoire est plus difficile chez les enfants et les personnes souffrant d'une immunosuppression sévère, quel que soit l'accès aux tests Xpert. Dans ce cas, un algorithme clinique et un traitement rapide permettent de sauver des vies.

---

Pendant le traitement, l'état clinique, l'observance et les effets secondaires doivent être surveillés. Les médicaments TB-SM doivent être décentralisés autant que possible vers la communauté par un traitement auto-administré (TAA), si possible supervisé par un membre de la famille ou un ASC après une éducation appropriée du patient.

Tous les projets réguliers devraient viser à avoir la possibilité de diagnostiquer la TB-MR et de commencer, ou de réorienter en vue d'un traitement. Un traitement de TB-MR court (9-12 mois) est l'option préférée dans les milieux instables. De nombreux progrès sont actuellement réalisés pour améliorer les schémas de traitement de la TB-MR en évitant les injectables (tous par voie orale) et en adoptant des schémas plus courts ; discutez avec votre référent au moment de décider des schémas de traitement de la TB-MR.

L'administration des médicaments contre la TB-MR peut se faire soit à la clinique, soit dans la communauté (à domicile), selon la commodité du patient. À la clinique, le DOT peut être combiné avec l'injection quotidienne. Les médicaments contre la TB-MR peuvent également être administrés dans la communauté dès le début, y compris par injection, lorsqu'un ASC est apte à faire l'injection quotidienne ; dans ce cas, le DOT peut être supervisé par l'ASC et/ou un membre de la famille.

La tuberculose ultrarésistante (TB-UR) et les autres formes de résistance sont rares dans la plupart des cas, mais si vous rencontrez de tels cas, consultez votre référent VIH/TB.

### **Remarque sur la nutrition**

Les personnes atteintes du VIH/TB sont souvent mal nourries, et la malnutrition sévère est un facteur indépendant de mortalité. Des suppléments nutritionnels pourraient favoriser leur rétablissement en renforçant leur immunité et en améliorant la prise de poids et la force musculaire.

Le soutien alimentaire (ration) pour tous pourrait impliquer un supplément énergétique et protéique basé sur la nourriture disponible localement pour une période fixe de 2 mois. Après cette période la continuation peut être envisagée pour ceux qui ont une MAS/MAM en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC).

**IMC = Poids (kg) / (Taille (m))<sup>2</sup>**

Veillez vous référer aux directives de MSF sur la nutrition pour les conseils cliniques (critères d'inclusion, rations, etc.) sur la nutrition et le VIH et la TB. La ligne directrice du SAMU comporte également un chapitre distinct sur la nutrition (annexe 5).

## Soutien aux patients, éducation et conseil (SPEC)

**SPEC** SPEC est une composante nécessaire de la qualité des soins aux patients, mais il y a certains points spécifiques dans la chaîne des soins où l'éducation et le conseil aux patients sont particulièrement importants. C'est à ce moment qu'un patient découvre s'il est infecté par le VIH ou la TB et que l'observance du régime de traitement devient difficile pour le patient.

**Lignes directrices à suivre lors de la mise en œuvre :** Directives cliniques VIH/TB, SPEC (annexe 5).

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** Oui, il existe des conseillers formés, mais aussi d'autres professionnels de la santé et des travailleurs non spécialisés qui peuvent fournir des conseils. Ils doivent recevoir une formation sur l'éducation des patients et sur les compétences en matière de conseil, ainsi qu'un soutien et une supervision continus.

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** Non, mais il est certainement utile de disposer d'un bon matériel pédagogique, comme par exemple des tableaux de conférence et des protocoles sur le VIH et la TB.

### SPEC VIH

	Informations et conseils avant le test	Conseil post-test	Éducation des patients et conseil en matière d'observance
<b>Quoi</b>	Informations sur le VIH	Conseiller les clients sur le résultat du test	Sensibiliser les patients à gérer eux-mêmes leur traitement et leur maladie
<b>Où</b>	Salle d'attente, salle de consultation / conseil	Pièce privée dans une structure de santé	Pièces de la structure de santé et/ou communauté
<b>Pour qui</b>	Groupe et particulier	Individuellement, en couple ou jeunes avec parents,	Groupe et particulier
<b>Quand</b>	Avant le dépistage VIH	Après le dépistage VIH	Pendant le traitement du VIH, en fonction des besoins de la personne. En cas de problèmes d'observance. Dans toutes les défaillances virologiques suspectes (conseil d'observance renforcée) La divulgation aux enfants à l'âge approprié doit être faite
<b>Qui</b>	Personnel médical, conseillers, ASC et personnel non spécialisé formé	Personnel médical, conseillers, personnel non spécialisé formé et patients experts	Infirmiers, conseillers, pharmaciens, ASC, personnel non spécialisé formé

Les conseils avant et après le test font partie intégrante du dépistage du VIH. L'organisation en groupe d'une séance d'information pré-test, permet de gagner du temps. Le post-test est toujours effectué individuellement et en privé, par un conseiller ou un travailleur non spécialisé qui a été spécifiquement formé pour soutenir le patient après avoir pris connaissance du résultat du test.

Lorsque les capacités ne sont pas suffisantes, le dépistage et donc le conseil peuvent être limités à des groupes vulnérables spécifiques tels que les PATB, les patients atteints de Kala Azar, les patients atteints d'IO, les enfants mal nourris (MSA), les enfants à la croissance chancelante, les femmes enceintes, les patients atteints d'IST, de VSS, de EAS et de patient IPD (voir également le chapitre sur le dépistage).

La sensibilisation et le conseil aux patients font partie du traitement du VIH et permet aux patients de gérer leur traitement et de vivre avec leur maladie. Cela peut être fait par différentes personnes qui sont impliquées dans le traitement, comme les infirmiers et les conseillers, mais aussi les pharmaciens. Et au niveau communautaire, où les ASC et les groupes de soutien aux patients peuvent avoir un grand impact sur le bien-être du patient. Pour plus d'informations, voir les lignes directrices sur les SPEC en annexe 5.

#### SPEC TB

	Éducation à la santé	Sensibilisation des patients et conseil sur l'observance
<b>Quoi</b>	Sensibilisation à la TB et au dépistage	Sensibilisation aux traitements contre la tuberculose et à l'autogestion de la maladie
<b>Où</b>	Salles d'attente des structures de santé (OPD, clinique TB, service de nutrition, clinique VIH, IPD) Contacts TB communautaires / familiaux	Salles de conseil et de consultation, dispensaire
<b>Pour qui</b>	Groupes et patient individuel dans la structure de santé (OPD général, VIH+, Nutrition, IPD)	Groupes et patients individuels dans la structure de santé (OPD général, VIH+, nutrition, IPD) SM / RM et éventuellement les soignants et les membres de la famille
<b>Quand</b>	Avant, pendant ou après la consultation et lors des visites à domicile	Pendant le traitement de la TB
<b>Qui</b>	Éducateur en matière de santé (travailleur non spécialisé), ASC, conseiller, infirmier	Conseiller, infirmier, pharmacien

Comme pour le VIH, et en ce qui concerne les mesures de PCI, l'éducation sanitaire relative à la TB peut se faire, si nécessaire, dans le cadre d'une séance de groupe pour gagner du temps. L'éducation de santé peut se concentrer sur certains groupes prioritaires en premier lieu (comme les membres du personnel et les groupes à haut risque) et s'étendre ensuite à tous les patients de l'établissement de santé et aux personnes de la communauté.

L'éducation des patients et le conseil en matière d'observance constituent une partie essentielle du traitement de la TB. Le patient doit être **encouragé et soutenu** pour terminer son traitement, souvent difficile, afin d'obtenir des résultats thérapeutiques optimaux. L'observance est également importante pour prévenir la résistance aux médicaments et prévenir les transmissions. Un soutien accru des soignants et de la communauté est indispensable, car le traitement entraîne souvent des effets secondaires qui augmentent avec les schémas thérapeutiques plus complexes de la TB-(M)R.

Nota : des tableaux à feuilles mobiles sur la TB sont disponibles pour faciliter les séances d'éducation à la santé<sup>23</sup>.

23 <https://samumfsf.org/en/resources/tb/dr-tb/msf-tb-patient-education-and-counselling-flipchart-ds-tb-mdr-tb-xdr-tb-messages>

## Sensibilisation à la santé (SS) & Engagement communautaire (EC)

**Avec la SS et EC** la communauté est engagée et responsabilisée dès le départ. Cela est important pour l'acceptation et l'adoption du programme de santé et des activités de prévention. Ce chapitre comprend également : la promotion des services, des activités de sensibilisation au niveau communautaire, des réunions avec la communauté/les réseaux de patients/les personnes influentes de la communauté, la recherche active de cas, la recherche de rendez-vous manquants et de personnes perdues de vue et différents modèles de soins au niveau communautaire.

**Lignes directrices à suivre lors de la mise en œuvre :** boîte à outils SAMU sur les modèles de soins différenciés (GTARVC, PODI, etc.) (annexe 5).

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** Une formation de base sur le VIH et la TB et la sensibilisation/conseil aux patients doit être proposée à l'équipe SS par le personnel médical. La nécessité d'un soutien continu et d'une supervision par un superviseur.

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** Tout matériel de sensibilisation à la santé doit être adapté au contexte local.

	Contact avec les autorités et la communauté/les réseaux/les parties prenantes.	Sensibilisation à la santé, y compris les discussions de groupe	Recherche active de cas, rendez-vous manqués, perdus de vue et recherche de contacts (de ménage)	Groupes de soutien communautaire et modèles de soins différenciés
<b>Quoi</b>	Discuter et /proposer des activités	Messages destinés au groupe cible VIH/TB	Prévenir les manquements et la transmission des infections	GTARVC, clubs d'adhésion, PODIs, etc
<b>Où</b>	Communauté	Communauté	Communauté	Communauté
<b>Pour qui</b>	Autorités locales Influenceurs et groupes communautaires	Membres de la communauté	PAVIH / PATB	PAVIH / PATB
<b>Qui</b>	ASC, membres de l'équipe de projet	Superviseur SS/EC, ASC, infirmier, travailleur non spécialisé, PAVIH, ambassadeurs de la TB	ASC, infirmier, travailleurs non spécialisés, PAVIH, ambassadeurs de la TB	PAVIH, ambassadeurs de la TB

Au niveau le plus élémentaire, la promotion de la santé et l'engagement auprès de la communauté peuvent se limiter à des rencontres avec les autorités, à la transmission de messages simples au niveau de la communauté, à la sensibilisation à la santé dans la structure de santé et à la recherche des patients qui ont manqué des rendez-vous par un travailleur non spécialisé, un ASC ou une PAVIH.

Il existe toute une série de méthodes de sensibilisation à la santé pouvant être utilisées, telles que les messages radio, les débats, les brochures, etc. (voir annexe 5 pour les documents de référence).

Lorsque la capacité du projet VIH/TB augmente, des activités complètes de SS et EC sur le VIH/TB visant à accroître la sensibilisation et à réduire la stigmatisation peuvent être organisées par une équipe SS et EC formée. L'idéal est que l'équipe organise des discussions de groupe afin de mieux comprendre les perceptions du VIH et de la TB au sein de la communauté et de planifier la stratégie SS et EC en conséquence.

---

Cette équipe peut également aider à organiser des activités communautaires de lutte contre le VIH et la TB, telles que des groupes de soutien et des modèles communautaires de fourniture de TARV, comme les groupes communautaires de TARV (GTARV), les points de distribution dans la communauté (PODI) ou les groupes d'adhésion. Ces modèles de prestation différenciés visent à décentraliser la prise en charge du VIH/TB et à améliorer le maintien des patients sous TARV.

## Laboratoire

**Laboratoire :** Dans ce chapitre, nous donnons un aperçu des différents tests utilisés dans le cadre de la prise en charge du VIH/TB. Il y a différents niveaux de complexité.

**Lignes directrices à suivre lors de la mise en œuvre :** packages de diagnostics MSF, directives de l'OMS sur les tests, directives cliniques sur le VIH et la TB (voir annexe 5).

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** Oui, certains tests peuvent être effectués après avoir reçu des instructions (comme les TDR), le fonctionnement des instruments de laboratoire est effectué par des techniciens de laboratoire formés, qui doivent recevoir une formation supplémentaire si les instruments sont nouveaux ou mis à jour.

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** Oui, les tests, les instruments de laboratoire, les réactifs et les cartouches, etc.

En termes de tests sur le terrain, MSF considère généralement les niveaux de soins de santé suivants<sup>24</sup>, avec les hypothèses de ressources humaines suivantes :

1. Centre de soins de santé de base ou clinique mobile sans services de laboratoire (niveau 1) : Des infirmières et/ou des agents cliniques/MD effectuent des tests de diagnostic. Aucun personnel de laboratoire spécialisé n'est systématiquement présent.
2. Clinique de soins de santé primaires avec un petit laboratoire (niveau 2) : le personnel du laboratoire national (technicien de laboratoire junior et/ou senior) est présent.
3. Hôpital disposant d'un service IPD général et d'un service OPD (niveau 3 - niveau 4 si laboratoire de référence) : un technicien de laboratoire confirmé est présent (national ou expatrié). Radiologue / spécialiste des rayons X présent.

Chacun de ces niveaux aura un catalogue de tests correspondant qui est faisable et rentable à ce niveau. Ces tests vont des tests les plus élémentaires, généralement connus sous le nom de TDR, à des tests plus élaborés comprenant des tests de détection des acides nucléiques et des cultures / tests de sensibilité aux antibiotiques (ces derniers étant généralement confiés à des laboratoires de référence nationaux ou internationaux).

Si certains tests sont clairement réservés aux laboratoires de niveau supérieur (hôpitaux ou laboratoires de référence), d'autres peuvent être utilisés plus largement, bien que leur disponibilité dépende du volume de dépistage. Si les projets choisissent d'envoyer des échantillons à une autre structure pour y être analysés, un système fiable de collecte et de transport d'échantillons doit être mis en place, et son efficacité contrôlée.

Les tableaux ci-dessous résument les principaux types de tests disponibles pour le VIH et la TB dans les structures MSF aux différents niveaux de soins. Pour les tests dans les laboratoires de référence, le laboratoire référent de votre section doit être consulté pour avis et validation.

---

<sup>24</sup> Décrit dans le document packages de diagnostic de MSF : <https://samumfsf.org/sites/default/files/2019-07/Diagnostic%20packages%20FINAL%20update%2029.08.2017.pdf>

---

## **FACTEURS IMPORTANTS !**

**Algorithmes** : tous les tests mentionnés ne fonctionnent pas isolément, ils ont leur place dans des algorithmes déterminés, qui doivent être adaptés au contexte, en accord avec les autorités locales et le contexte, les référents VIH/TB, et les référents de laboratoire (voir les lignes directrices).

**Xpert machine**: cet instrument peut être utilisé à la fois pour la TB (diagnostic de la TB et TB-MR/Rif) et le VIH (CV et TAN pour l'EID), en utilisant différentes cartouches.

## Laboratoire VIH

*! Note : le tableau ci-dessous a été tourné par rapport aux tableaux précédents (en raison du nombre de tests).*

Tests	But du test	Où	Qui	Quand
<b>TDR VIH</b>	Pour dépister et diagnostiquer le VIH	Niveaux 1, 2 et 3.	Membre du personnel qualifié	Pour dépister l'infection par le VIH et confirmer le statut VIH lorsqu'il est utilisé dans un algorithme conforme aux recommandations de l'OMS.
<b>Test CD4</b> (plusieurs méthodes dont le PIMA ou d'autres instruments)	Pour surveiller la quantité de CD4 qui donne une indication du statut immunitaire et de la progression de la maladie	Niveau 2 pour les projets verticaux utilisant le PIMA, ou niveau 3 avec le PIMA ou un appareil de labo, en fonction du volume d'essai.	Personnel de laboratoire qualifié	Le test CD4 est utilisé en combinaison avec l'évaluation clinique pour évaluer la gravité de la maladie.
<b>Viral Load testing</b> (plusieurs méthodes proches du PoC, telles que Xpert HIV-1 VL, SAMBA ou basées sur le laboratoire / l'orientation)	Pour surveiller la quantité de virus (par quantification de l'ARN) dans le sang pour indiquer une bonne réponse au traitement, un échec ou des problèmes d'observance	Au niveau 2 lorsque Xpert est disponible (programmes verticaux). Au niveau 3 avec Xpert HIV-1 VL, ou 4 (DBS) lorsque le volume de tests est plus faible.	Personnel de laboratoire qualifié	Tous les 6 à 12 mois, en fonction des ressources. Pour les cas dont la première CV > 1000 copies/ml, le test est répété après 3 mois pour confirmer l'échec virologique après un conseil d'observance.
<b>Diagnostic précoce du nourrisson (EID)</b> (plusieurs méthodes, dont Xpert HIV-1 Qual ou en laboratoire / réorientation)	Diagnostic précoce de l'infection par le VIH-1 chez les nourrissons de moins de 18 mois par la détection de l'ADN pro-viral	Au niveau 2 lorsque Xpert est disponible (programmes verticaux). Au niveau 3 avec Xpert HIV-1 Qual, ou 4 (DBS) lorsque le volume de tests est plus faible.	Personnel de laboratoire qualifié	A +/- 6 semaines et à 9 mois. En plus, à la naissance (pratiquement 48 heures) si les ressources et le programme le permettent.
<b>Test d'antigène cryptococcique (CrAg), format bandelette TDR</b>	Pour dépister une infection cryptococcique	Niveau 2 en cas de suspicion clinique ou de test CD4 disponible ; niveau 3 dans tous les cas	Personnel médical et/ou de laboratoire qualifié	CD4 < 200 cellules/mm <sup>3</sup> et/ou stade 3 et 4, en cas de suspicion de méningite cryptococcique
<b>TB-LAM, format bandelette TDR</b>	Pour dépister l'antigène de la TB dans les urines	Niveau 2 en cas de suspicion clinique ou de test CD4 disponible ; niveau 3 dans tous les cas	Personnel médical et/ou de laboratoire qualifié	CD4 < 200 cellules/mm <sup>3</sup> et/ou stade 3 et 4 -> Voir la recommandation des directives cliniques.
<b>Créatinine (TDF), Hb (AZT), enzymes hépatiques (NNRTI/PI)</b>	Pour surveiller les effets secondaires des médicaments contre le VIH	Niveau 3.	Technicien de labo	Pendant le traitement



<b>Génotypage VIH</b> (plusieurs types de tests en laboratoire)	Pour diagnostiquer les mutations indiquant une résistance aux ARV	Niveau 4 (réorientation), généralement par DBS (dry blood spot).	Technicien de laboratoire de haut niveau	Défaillances de deuxième ligne, cas sélectionnés après l'intervention d'un référent VIH
--	---	--	--	---

Pour plus de détails concernant chaque test, veuillez consulter le guide du laboratoire et consulter votre référent de laboratoire si vous avez des questions.

En résumé (bref), dans le cadre des soins du VIH, il y a des tests pour diagnostiquer le VIH et les infections opportunistes (IO) et pour surveiller les progrès et les effets secondaires potentiels du traitement qui est donné.

Pour **diagnostiquer le VIH**, des tests rapides (TDR) peuvent être utilisés dans le cadre d'un algorithme adapté à la situation locale. Après quelques explications, les tests rapides sont relativement faciles à utiliser et ne nécessitent pas de laboratoire, sauf pour le contrôle de la qualité.

Ces dernières années, le test de charge virale du VIH (utilisant Xpert) et d'autres tests à proximité du PoC sont devenus de plus en plus disponibles sur le terrain et sont aujourd'hui considérés comme essentiels **pour surveiller** l'efficacité des traitements. L'appareil a besoin d'un laboratoire climatisé et d'un personnel qualifié, mais la bonne nouvelle est qu'il peut effectuer des tests tant pour le VIH que pour la TB. Il mesure la quantité de génome du virus VIH (ARN) dans un échantillon, également appelée "charge virale". Il indique si une personne a un virus détectable et sa quantité dans le sang et permet ainsi de voir si le traitement fonctionne/est observé. L'appareil Xpert peut tester le VIH à l'aide de deux cartouches différentes : une pour la CV et une autre pour l'EID, et une cartouche pour la TB (voir le chapitre sur la TB en laboratoire).

Si une structure ne dispose pas d'un appareil Xpert pour effectuer les tests, les échantillons peuvent être transportés à l'aide de DBS - Dry-Blood-Spot - un échantillon de sang séché sur un morceau de papier absorbant, le rendant sûr, vers une autre structure, pour les tests suivants :

- Pour Xpert Qual dans le cas du diagnostic précoce du nourrisson (EID)
- Pour la charge virale (CV) en utilisant un PCR.

Note : les échantillons DBS pour la CV ne peuvent pas être utilisés sur GeneExpert.

Un autre test important utilisé pour évaluer la gravité de la maladie est le test CD4. Ce test mesure la quantité de globules blancs CD4 (ceux qui sont attaqués par le virus VIH). Le nombre de cellules CD4 restantes donne une indication sur l'état du système immunitaire. Lorsqu'ils sont très peu nombreux, le système immunitaire du patient est affaibli le rendant vulnérable aux infections "opportunistes" (IO). Le test de CD4 peut être effectué à l'aide d'un appareil situé à proximité PoC (c'est-à-dire PIMA) dans la plupart des contextes, et est fortement recommandé -> mais ne pas disposer de l'appareil ne doit pas être un frein aux programmes de dépistage et de traitement du VIH.

Deux infections opportunistes importantes peuvent désormais être testées à l'aide d'un test rapide (TDR). Les tests CrAg pour l'infection cryptococcique dans le sérum et le liquide céphalorachidien et les tests TB-LAM pour l'infection tuberculeuse en utilisant un échantillon d'urine. Des instructions ainsi que des limitations pour ces tests s'appliquent - veuillez vous consulter les directives de laboratoire et les recommandations de MSF et de l'OMS pour plus d'informations.

## Laboratoire TB

Tests	But du test	Où	Qui	Quand
<b>Microscopie par frottis</b>	Pour diagnostiquer et surveiller la TB	Niveau 2 si programme vertical à volume élevé, niveau 3	Technicien de laboratoire, micro-scopiste	TB-SM : ligne de base, mois 2 et 5 ; TB-MR : mensuellement ;
<b>Test Xpert MTB/RIF</b>	Pour diagnostiquer la TB, également la TB-MR	Laboratoire ou laboratoire de référence niveau 2 si programme vertical à volume élevé, niveau 3	Technicien de labo	Patients atteints du VIH, rechute, suspicion d'échec ; à considérer comme test de base ; chez les enfants ou TBEP
<b>Culture de la tuberculose et DST</b>	Confirmer la TBMR et adapter le traitement en conséquence	Niveau 4 (réorientation)	Technicien de labo	Lorsque Xpert indique RR (résistance à la rifampicine) ou dans toute TBMR présumée ; pour le suivi des patients atteints de TBMR sous traitement
<b>Enzymes hépatiques</b>	Pour surveiller les effets secondaires	Niveau 3	Technicien de labo	En cas d'effets secondaires
<b>Créatinine, ions, TSH</b>	Pour surveiller les effets secondaires des médicaments TBMR	Laboratoire	Technicien de labo	Régulièrement

En résumé (bref), pour la tuberculose, il existe des tests pour **diagnostiquer** et **surveiller** la maladie elle-même et les effets secondaires potentiels des médicaments. Mais il est également primordial de savoir si la bactérie de la TB est résistante à certains médicaments ou non, afin que les cliniciens sachent quels médicaments administrer aux patients.

Actuellement, le système Xpert est le test indiqué pour les projets à mettre en œuvre, car il peut diagnostiquer la tuberculose et également tester la résistance à la rifampicine (le médicament anti-TB qui définira la TBMR) en quelques heures. Cependant, certains projets pourraient ne pas disposer (immédiatement) de Xpert. La microscopie par frottis peut alors être utilisée (au minimum) pour le diagnostic de la TB, combinée à des algorithmes de diagnostic clinique pour diagnostiquer une TB à frottis négatif.

La microscopie par frottis permet de diagnostiquer la TB, mais ne peut pas déterminer s'il y a ou non une résistance aux médicaments. Si des tests supplémentaires sont nécessaires pour savoir à quel médicament la bactérie est encore sensible, un échantillon devra être envoyé à un laboratoire de niveau 4 ou à un laboratoire de référence supranational (SNRL) pour culture (les résultats peuvent prendre plusieurs semaines).

Si aucun Xpert n'est disponible dans le cadre du projet ou lorsque les tests doivent être envoyés pour culture à un laboratoire de référence, il faut mettre en place un système d'envoi d'échantillons fiable. Suivre les lignes directrices recommandées au niveau international pour le transport des échantillons biologiques<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> [https://www.who.int/csr/emc97\\_3.pdf](https://www.who.int/csr/emc97_3.pdf)

La collecte et la préparation des échantillons nécessitent un local qui répond aux mesures de contrôle de l'infection (PCI)<sup>26</sup>.

## Monitoring et évaluation

**Les programmes de MSF sont suivis et évalués** pour garantir la redevabilité et pour pouvoir tirer des enseignements des activités, et planifier l'avenir. M&E peuvent être réalisés de différentes manières et à différents niveaux de complexité.

**Lignes directrices à consulter lors de la mise en œuvre :** veuillez vous référer au SIS de votre section et aux exigences du MoH pour le M&E.

**Une formation spéciale est-elle nécessaire ?** Oui, surtout dans le cas de bases de données électroniques : les personnes chargés de la saisie des données devront être formés à utiliser le programme.

**Des matériaux spéciaux sont-ils nécessaires ?** Oui, des ordinateurs. Et il se peut que les formulaires/bases de données doivent être imprimés ou mis à disposition sous forme électronique.

Tous les projets comportant des activités liées au VIH et à la TB doivent collecter un minimum d'indicateurs permettant de contrôler la quantité et la qualité des activités.

Lorsqu'il y a des outils de suivi et d'évaluation des patients du MoH, ceux-ci devront être utilisés et parfois renforcés (registre de la TB, registre des TARV, registre des SP, registre de la PTME).

S'il n'y a pas d'outils nationaux, le projet peut utiliser les cartes standard de l'OMS pour le VIH et la TB des patients et des registres simplifiés.

Les outils de M&E et la charge de travail peuvent être adaptés aux besoins du projet et aux ressources disponibles. Un registre sur support papier suffit pour commencer avec n'importe quelle composante VIH/TB. Pour un niveau plus élaboré, il existe des bases de données électroniques permettant de collecter des données en toute sécurité et de générer des rapports et des analyses automatiques. Cela nécessite une formation du personnel médical à l'utilisation du programme et celle des préposés à la saisie des données. Bien entendu, un réseau électrique fiable et souvent une assistance informatique peut être nécessaire pour installer, entretenir et résoudre tout problème.

## Monitoring et évaluation VIH

	Support papier	Electronique
<b>Quoi</b>	<p><b>Collecte des données :</b> Carte d'identité du patient, carte de traitement, carte de suivi de l'observance, dossiers des patients. Registres de de la structure : sensibilisation/conseil aux patients, registre des TARV, registre de la PTME, registre des laboratoires.</p> <p><b>Rapports sur papier :</b> Extraction manuelle des données pour le rapport mensuelle (MSF) et la déclaration trimestrielle (MoH)</p>	<p><b>Collecte de données :</b> <b>Tout sur support papier plus :</b> Formulaires de collecte de données Logiciel informatique / base de données DHS1 (liste de lignes), DHS2 (DME par ex. Tier.net) ;</p> <p><b>Rapport électronique :</b> Rapports automatiques, analyse des données et rapports annuels</p>
<b>Où</b>	Structure du CS	Structure

<sup>26</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>

---

<b>Pour qui</b>	Tous les patients enregistrés dans la composante	Tous les patients enregistrés dans la composante
<b>Quand</b>	Chaque rendez-vous et/ou quand indiqué	Chaque rendez-vous et/ou quand indiqué
<b>Qui</b>	Infirmier, responsable clinique, conseiller, assistant de laboratoire	Préposé à la saisie de données

## Monitoring et évaluation TB

	Support papier	Electronique
<b>Quoi</b>	<p><b>Collecte de données :</b> Carte d'identité du patient, carte de traitement/d'adhésion, +/- dossiers des patients. Registres de la structure : registre de la TB, registre des cas présumés, registre des contacts, registre du laboratoire.</p> <p><b>Rapport :</b> Extraction manuelle des données pour les rapports périodiques de routine (MSF et MoH)</p>	<p><b>Collecte de données :</b> <b>Tous les supports papier plus :</b> Formulaires de collecte de données Logiciels informatiques, liste de diffusion, système DME</p> <p><b>Rapport :</b> Rapports automatiques pour les rapports périodiques de routine (MSF et MoH), analyse des données et rapports annuels</p>
<b>Où</b>	Structure	Structure
<b>Pour qui</b>	Tous les PATB confirmées, les cas suspectés et les contacts tracés	Tous les PATB confirmées, les cas suspectés et les contacts tracés
<b>Quand</b>	Au moment du rendez-vous et/ou lorsque indiqué	Au moment du rendez-vous et/ou lorsque indiqué
<b>Qui</b>	Infirmier, responsable clinique, assistant de laboratoire	Préposé à la saisie de données

# Annexes

## ANNEXE 1 : outils d'évaluation

### Évaluation du contexte du VIH/TB au niveau national°:

COORDINATION / NIVEAU NATIONAL :	VIH	TB-SM / TB-MR
<b>POPULATION DU PAYS</b>		
<b>ÉPIDÉMIOLOGIE</b>		
<i>Prévalence du VIH dans la population générale</i>		
<i>Prévalence du VIH dans différents groupes à risque</i>		
<i>VIH : couverture : nbre d'adultes en soins/ % sous ARV</i>		
<i>VIH : couverture : nbre d'enfants pris en charge/ % sous ARV</i>		
<i>Incidence de la TB dans le pays</i>		
<i>TB : % TBMR et TBUR parmi les cas de TB</i>		
<b>MECANISMES DE FINANCEMENT (Donateurs, partenariats et mécanismes de coordination)</b>		
<b>POLITIQUE ET LIGNES DIRECTRICES NATIONALES</b>		
<i>Politique nationale</i>		
<i>Directives cliniques nationales</i>		
<i>Plans stratégiques nationaux</i>		
<i>TB : recommandé DOT : stricte/flexible/N</i>		
<i>Plan d'urgence mis en place : O/N</i>		
<b>Vulnérabilités</b> (Facteurs d'instabilité identifiés qui influencent la compréhension, la transmission et la prévention du VIH et de la TB dans la communauté)		

**Évaluation spécifique du VIH dans la zone de rayonnement / projet :**

SERVICE VIH AU NIVEAU PROJET		
	MoH / AUTRES FACTEURS	PROJET MSF
<b>Disponibilité des médicaments ARV :</b>		
<i>Première ligne : O/N</i>		
<i>Deuxième ligne : O/N</i>		
<i>Troisième ligne : O/N</i>		
<i>Rupture de stock documentée O/N</i>		
<i>Les médicaments peuvent-ils être stockés en toute sécurité ? O/N</i>		
<b>Diagnostic VIH :</b>		
<i>L'algorithme de test actuel de l'OMS est il à jour ? O/N</i>		
<i>Le test CD4 est-il disponible ? O/N</i>		
<i>Le contrôle de la charge virale est-il systématique (tout le monde) ou ciblé ? (peu)</i>		
<b>Sensibilisation, soutien et conseil aux patients :</b>		
<i>Y a-t-il un soutien des patients, une sensibilisation et des conseils pour les personnes sous traitement ? O/N</i>		
<i>Des soins à domicile sont-ils disponibles ? O/N</i>		
<b>Intégration VIH et TB :</b>		
<i>Tous les patients VIH+ sont-ils soumis à un test de dépistage de la TB ? O/N</i>		
<i>Les soins contre le VIH et la TB sont-ils dispensés lors de la/des même(s) consultation(s) ? Si ce n'est pas le cas, où sont dispensés les soins TB pour les patients VIH+ ?</i>		
<b>Modèles de soins :</b>		
<i>Existe-t-il des modèles de soins différenciés ? O/N</i>		

<i>Espacement des rendez-vous ? O/N</i>		
<i>Fast track (dispositif accéléré) ? O/N</i>		
<i>Groupes communautaires ARV ? O/N</i>		
<i>Des soins hospitaliers (IPD) sont-ils disponibles ? O/N</i>		
<i>Des soins palliatifs sont-ils disponibles ? O/N</i>		
<b>Engagement communautaire :</b>		
<i>Existe-t-il un système permettant de retrouver les patients VIH+ ayant manqué des rendez-vous ? O/N</i>		
<i>Existe-t-il une association de patients VIH+ au niveau communautaire ? Groupes de soutien VIH ou groupes ou association de PAVIH : O/N</i>		
<b>Services de prévention du VIH :</b>		
<i>La PTME est-elle assurée ? O/N</i>		
<i>La transfusion sanguine est-elle sûre ? O/N</i>		
<i>Des préservatifs sont-ils disponibles et accessibles aux clients ? O/N</i>		
<i>La circoncision masculine volontaire est-elle possible ? O/N</i>		
<b>Monitoring et évaluation :</b>		
<i>Y a-t-il des registres VIH et des dossiers patients en place ? O/N</i>		
<i>Le VIH fait-il l'objet d'un rapport trimestriel ? O/N, si non à quelle fréquence ?</i>		





**Évaluation spécifique à la TB dans la zone de rayonnement / projet :**

<b>SERVICE TB AU NIVEAU PROJET</b>		
	<b>MoH / AUTRES FACTEURS</b>	<b>PROJET MSF</b>
<b>Diagnostic</b>		
<i>Microscopie : frottis de crachat O/N</i>		
<i>Culture : disponible : O/N DST disponible : O/N Où : MSF, national, SNRL</i>		
<i>Xpert : disponible : O/N Où : PoC, réorientation vers un autre hôpital, réorientation vers la capitale</i>		
<i>Hain MTB plus, SL : disponible O/N Où : national, SNRL</i>		
<i>TB LAM: disponible : O/N Où : IPD, OPD, les deux</i>		
<i>CXR : disponible O/N</i>		
<i>Diagnostic pour enfants disponible O/N : Induction des expectorations Aspiration naso-pharyngée Lavage gastrique</i>		
<b>Traitement</b>		
<i>Utilisation de médicaments AQ : O/N</i>		
<i>Les ruptures de stock ont-elles été documentées : O/N</i>		
<i>Traitement de la TBMR : O/N</i>		
<i>Régime plus court pour la TBMR : O/N</i>		
<i>Utilisation d'une nouvelle préparation pédiatrique : O/N</i>		
<i>Accès aux nouveaux médicaments : Bédaquiline : O/N Délamanide : O/N</i>		
<i>Livraison de médicaments : DOT : installation, communauté, à domicile TAA : O/N</i>		
<b>Co-infection VIH-TB</b>		
<i>Accès au CDV : O/N</i>		

Accès au TARV : O/N		
<b>Mesures de contrôle et de prévention des infections</b>		
Une évaluation et un plan écrits de lutte contre la tuberculose ? O/N		
TPI : O/N Groupe de patients : < 5, < 15, VIH, contacts avec la TB		
<b>Activités SPEC et SS</b>		
Le soutien, le conseil et la sensibilisation sont-ils régulièrement dispensés aux patients atteints de tuberculose présumés ou confirmés ? O/N		
Sensibilisation de la communauté à la TB : O/N		
Traçabilité des contacts : O/N		
Traçabilité des patients ayant manqué un rendez-vous : O/N		

## Évaluation du projet :

ÉVALUATION DU PROJET ET DES PATIENTS	
<b>CONTEXTE</b>	
<i>Contexte stable ou instable ? Conflit ?</i>	
<i>Milieu urbain, rural ou autre°?</i>	
<i>Migration : présence de populations déplacées, nomades ou de travailleurs migrants ?</i>	
<i>L'engagement communautaire ? O/N</i>	
<i>Problèmes de stigmatisation ? O/N</i>	
<b>PATIENTS</b>	
<i>Existe-t-il des groupes présentant un risque plus élevé d'infection par le VIH ou la TB dans la zone de rayonnement du projet ? O/N</i>	
<i>Si oui, quels groupes ?</i>	
<b>SERVICES</b>	
<i>Dressez la liste des services de la structure sanitaire et du projet.</i>	
<i>Laboratoire : quel niveau et quel type de tests sont disponibles au niveau du projet ?</i>	
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>	
<i>Dressez la liste des ressources humaines du projet</i>	
<i>Inventaire des niveaux de formation en matière de VIH et de TB</i>	
<i>Évaluer le besoin de formation en matière de VIH/TB</i>	
<b>OPTIONS DE RÉORIENTATION</b>	
<i>Dressez la liste de tous les autres acteurs à proximité du projet</i>	
<i>L'envoi d'échantillons en toute sécurité est-il possible ?</i>	
<i>Partenariats et mécanismes de coordination</i>	
<i>Décrivez les lacunes dans la prestation de services dans votre contexte ; tenez compte des périodes stables et instables</i>	
<i>Quelle est la capacité des autres acteurs en matière d'approvisionnement d'urgence/plan d'urgence ?</i>	



---

## **ANNEXE 2 : outil de calcul des commandes de médicaments contre le VIH**

L'outil de calcul des commandes de médicaments contre le VIH est accessible via le lien SharePoint ci-dessous pour les membres du personnel ayant un login MSF. Si vous n'avez pas de nom d'utilisateur et de mot de passe pour vous connecter à MSF, veuillez prendre contact avec votre coordinateur ou votre référent VIH/TB.

[https://msfintl.sharepoint.com/:x:/r/sites/OCA-dept-PHD/\\_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B647B17ED-E89D-44D1-973B-56DF6D243CCD%7D&file=MSF%20OCA-ARV%20tool%202019.xlsb&action=default&mobileredirect=true](https://msfintl.sharepoint.com/:x:/r/sites/OCA-dept-PHD/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B647B17ED-E89D-44D1-973B-56DF6D243CCD%7D&file=MSF%20OCA-ARV%20tool%202019.xlsb&action=default&mobileredirect=true)

## ANNEXE 3 : KIT d'urgence inter-sections pour les patients atteints de VIH/TB 50

Cette annexe contient des captures d'écran des patients du kit d'urgence VIH/TB 50 : patients existants et nouveaux. Veuillez demander à votre référent VIH/TB de vous conseiller sur le choix de l'un d'entre eux et sur les documents du kit.

KIT2 MEDICINX  
MEDICVF KIT2

III' KWED J

### KIT STARTING TUBERCULOSIS and HIV CARE, 6 months 2021

### KIT DEMARRAGE PRISE EN CHARGE TUBERCULOSE et VIH 6 mois 2021

**KMEDKTHI25- STD** KIT STARTING TUBERCULOSIS and HIV CARE, 6 months 2021  
KIT DEMARRAGE PRISE EN CHARGE TUBERCULOSE et VIH 6 mois 2021

Kit updated in 2021. If you need more information, please contact your HIV-AIDS advisor.

Kit mis à jour en 2021. Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à contacter votre référent VIH-SIDA.

**INDICATIONS**  
Kit to integrate TB and HIV care into the global health package.  
The kit contains the first order of tuberculosis and ARV drugs for the management of tuberculosis and HIV patients during 6 months. It includes the minimum drugs and tests to start.

**SPECIFICATIONS**  
This kit contains a 6 months order:  
• ARV module is calculated for:  
– ARV treatment for 10 adults / month  
– ARV treatment for 3 children / month  
– ARV treatment for 5 pregnant women / month  
• TB Medicines for the treatment of 10 adults + 10 children / month during 6 months  
• Medicines for some opportunistic infections  
• TB sample collection material  
• HIV testing material

**INDICATIONS**  
Kit pour intégrer la prise en charge TB et VIH dans le paquet de soins globaux.  
Le kit contient la première commande de médicaments antituberculeux et ARV pour la prise en charge des patients tuberculeux et VIH pendant 6 mois. Il comprend les médicaments et tests minimum pour démarrer.

**SPECIFICATIONS**  
Ce kit contient une commande de 6 mois:  
• Le module ARV est calculé pour le :  
– traitement ARV pour 10 adultes / mois  
– traitement ARV pour 3 enfants / mois  
– traitement ARV pour 5 femmes enceintes / mois  
• Médicaments TB pour le traitement de 10 adultes + 10 enfants / mois pendant 6 mois  
• Médicaments pour certaines infections opportunistes  
• Matériel de prélèvement de crachats  
• Matériel pour dépistage VIH

Included in: **KMEDKNUT13- STD** KIT, NUTRITION INPATIENT, 50 patients 2021  
KIT NUTRITION HOSPITALISATION, 50 patients 2021

MSF Code	Composed of	Composé de	Tot Qty
<b>L007TUBM08E-P STD</b>	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	1
<b>KMEDMTHI21 STD</b>	[kit TB & HIV start] ARV MEDICINES 2021	[kit démarrage TB & VIH] MÉDICAMENTS ARV 2021	1
<b>KMEDMTHI22 STD</b>	[kit TB & HIV start] TB MEDICINES 2021	[kit démarrage TB & VIH] MÉDICAMENTS TB, 2021	1

Médecins Sans Frontières Internal Document

**KMED\_1 | MEDICAL KITS | KITS MÉDICAUX | III-3**

MSF Code	Composed of	Composé de	Tot Qty
<b>KMEDMTHI23 STD</b>	[kit TB & HIV start] MEDICINES for opport. infect. 2021	[kit démarrage TB & VIH] MÉDICAMENTS pr infect. opport. 2021	1
<b>KMEDMTHI24 STD</b>	[kit TB & HIV start] TB SPUTUM COLLECTION 2021	[kit démarrage TB & VIH] COLLECTE CRACHAT TB 2021	1
<b>KMEDMTHI25 STD</b>	[kit TB & HIV start] HIV tests 2021	[kit démarrage TB & VIH] TESTS VIH 2021	1

End of list

MSF Code	Related Articles	Articles apparentés	Type Relation
<b>KMEDKTHI15- STD</b>	KIT STARTING TUBERCULOSIS and HIV CARE, 6 months	KIT DE DEMARRAGE PRISE EN CHARGE TUBERCULOSE et VIH, 6 mois	is Replaced by

End of list

MSF Code	Detailed list of articles KMEDKTHI25-	Liste détaillée des articles KMEDKTHI25-	Qty
<b>L007TUBM08E-P STD</b>	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	1
<b>KMEDMTHI21 STD</b>	[kit TB & HIV start] ARV MEDICINES 2021	[kit démarrage TB & VIH] MÉDICAMENTS ARV 2021	1
• <b>DORAEHLA3TD STD</b>	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, disp. breakable tab.	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, comp. disp. sécable	3780
• <b>DORADOLU1TD STD</b>	DOLUTEGRAVIR sodium [DTG], eq. 10 mg base, disp. tab.	DOLUTEGRAVIR sodium [DTG], eq. 10 mg base, comp. disp.	1890
• <b>DORADOLU5TD STD</b>	DOLUTEGRAVIR sodium [DTG], eq. 50 mg base, tab.	DOLUTEGRAVIR sodium [DTG], eq. 50 mg base, comp.	1890
• <b>DORALPVR1P STD</b>	LPV 40 mg / r 10 mg, pellets-in-a-capsule	LPV 40 mg / r 10 mg, granules dans gélule	7560
• <b>DORANEV1S1 STD</b>	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5mL, oral susp., 100 mL, bot.	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5mL, susp. orale, 100 mL, fl.	30
• <b>DORATELD1T STD</b>	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, tab.	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, comp.	9450
• <b>DORAYILN1TD STD</b>	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, dispersible tab.	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, comp. dispersible	720
<b>KMEDMTHI22 STD</b>	[kit TB & HIV start] TB MEDICINES 2021	[kit démarrage TB & VIH] MÉDICAMENTS TB, 2021	1
• <b>DORAEHR2T1 STD</b>	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, tab., blister	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, comp., blister	10080
• <b>DORAEHTA1T1 STD</b>	ETHAMBUTOL hydrochloride [E], eq. 100 mg base, tab. blister	ETHAMBUTOL chlorhydrate [E], eq. 100 mg base, comp. blister	2400
• <b>DORAHRF5TD1 STD</b>	H 50 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	4872
• <b>DORAHRF7T1 STD</b>	H 75 mg / R 150 mg, tab., blister	H 75 mg / R 150 mg, comp., blister	19488
• <b>DORAHZRI5TD1 STD</b>	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	2436
• <b>DORAIOSN1TB1 STD</b>	ISONIAZID [H], 100 mg, breakable tab., blister	ISONIAZIDE [H], 100 mg, comp. sécable, blister	1800
• <b>DORAPYRI1T STD</b>	PYRIDOXINE hydrochloride [vitamin B6], 10 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate [vitamine B6], 10 mg, comp.	11100
• <b>DORAPYRI5T STD</b>	PYRIDOXINE hydrochloride [vitamin B6], 50 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate [vitamine B6], 50 mg, comp.	1000

Médecins Sans Frontières Internal Document

**KMED\_1 | MEDICAL KITS | KITS MÉDICAUX | III-4**

MSF Code		Detailed list of articles KMEDKTHI2S-	Liste détaillée des articles KMEDKTHI2S-	Qty
• ELINMAF11-	STD	FIT TEST KIT, qualitative testing of FFP2/N95 respirators	KIT ESSAI D'AJUSTEMENT, qualité appareils prot.resp.FFP2/N95	1
• ELINMASP04M	STD	RESPIRATOR FFP2/N95 + IIR, unvalved, vert.fold, M	APPAREIL PROTECTION RESP.FFP2/N95+IIR,ss valve, pli vert. M	400
• ELINMASS3--	STD	MASK, SURGICAL, IIR type, s.u.	MASQUE CHIRURGICAL, type IIR, u.u.	400
<b>KMEDMTHI23</b>	<b>STD</b>	Ikit TB & HIV start) MEDICINES for oport. infect. 2021	Ikit démarrage TB & VIH) MEDICAMENTS pr infect. oport. 2021	1
• DORACOTR1TD	STD	COTRIMOXAZOLE, 100 mg / 20 mg, disp. tab.	COTRIMOXAZOLE, 100 mg / 20 mg, comp. disp.	1890
• DORACOTR8T-	STD	COTRIMOXAZOLE, 800 mg / 160 mg, tab.	COTRIMOXAZOLE, 800 mg / 160 mg, comp.	2000
• DORAFLUC2C-	STD	FLUCONAZOLE, 200 mg, caps.	FLUCONAZOLE, 200 mg, gét.	1000
• DORAFPST32T	STD	INH 300mg/ PYRIDOXINE 25mg/ SMX 800mg / TMP 160mg, tab.	INH 300mg/ PYRIDOXINE 25mg/ SMX 800mg / TMP 160mg, comp.	10800
• SMSUCOND1--	STD	CONDOM, lubricated + RESERVOIR, s.u.	PRESERVATIF MASCULIN, lubrifié + RESERVOIR, u.u.	2000
<b>KMEDMTHI24</b>	<b>STD</b>	Ikit TB & HIV start) TB SPUTUM COLLECTION 2021	Ikit démarrage TB & VIH) COLLECTE CRACHAT TB 2021	1
• ELINMASP04M	STD	RESPIRATOR FFP2/N95 + IIR, unvalved, vert.fold, M	APPAREIL PROTECTION RESP.FFP2/N95+IIR,ss valve, pli vert. M	200
• SDISNADC1T-	STD	CHLORINE, 1 g (NaDCC / dichloroisocyan. sodium 1.67 g), tab.	CHLORE, 1 g (NaDCC / dichloroisocyan. sodium 1,67 g), comp.	200
• STSSCONT1S-	STD	CONTAINER, SAMPLE, sputum, plastic, non-sterile	POT A PRELEVEMENT, crachoir, plastique, non stérile	1200
<b>KMEDMTHI25</b>	<b>STD</b>	Ikit TB & HIV start) HIV tests 2021	Ikit démarrage TB & VIH) TESTS VIH 2021	1
• DEXTIODP1S2	STD	POLYVIDONE IODINE, 10%, solution, 200 ml, dropper bot.	POLYVIDONE IODÉE, 10%, solution, 200 ml, fl. verseur	1
• ELABTIME1E-	STD	TIMER, electronic	MINUTEUR électronique	2
• SDRECOTWSR-	STD	COTTON WOOL, hydrophilic, roll, 500 g	COTON hydrophile, rouleau, 500 g	1
• SSDDTETC101	STD	(Determine rapid test) BUFFER CHASE, 2.5 ml, 7D2243	(test rapide Determine) TAMPON, 2.5 ml, 7D2243	10
• SSDDTHVD10T	STD	HIV 1 + 2 TEST (Determine), ser/p/wb, 1 test 7D2343	TEST VIH 1 + 2 (Determine), sér/p/w, 1 test 7D2343	300
• SSDDTHV20T	STD	HIV 1 + 2 TEST (STAT-PAK), ser/p/wb, 1 test, 60-9500-0	TEST VIH 1 + 2 (STAT-PAK), sér/p/w, 1 test, 60-9500-0	140
• SSDDTHVU20T	STD	HIV 1 + 2 TEST (Uni-Gold), ser/p/wb, 1 test 1206502	TEST VIH 1 + 2 (Uni-Gold), sér/p/w, 1 test 1206502	140
• STSSBSVT5E-	STD	lbls.syst.) TUBE, VACUUM, plastic, K2EDTA, 4ml, purple	[s.pré.l.sang.] TUBE SOUS VIDE, plastique, K2EDTA, 4ml, mauve	300
• STSSLANCSAM2	STD	SAFETY LANCET, medium flow, needle 21G x 1.8mm, green, s.u.	LANCETTE DE SECURITE débit moyen, aig.21Gx1,8mm.,vert. u.u.	580

End of list



## KIT TB & HIV CARE CONTINUATION in emergencies 2021

## KIT POURSUITE TRAITEMENT TB & VIH en urgence 2021

KMEDKTHIE2- **STD** KIT HIV & TB CARE CONTINUATION in emergencies 2021  
KIT POURSUITE TRAITEMENT VIH & TB en situat. d'urgence 2021

Kit updated in 2021. If you need more information, please contact your HIV-AIDS advisor.

### INDICATIONS

Kit containing TB and HIV medicines that is intended for use in emergency situations.

This kit enables to avoid treatment interruption for patients who were under TB and/or HIV treatment before the emergency.

### SPECIFICATIONS

This small kit contains:

- ARV medicines:
  - treatment for 10 adults, 5 pregnant women and 3 children / month.
  - to cover 90 adults and pregnant women and 18 children over a 6 months period plus ART prophylaxis for 5 infants.
- TB medicines:
  - 15 TB treatments for adults during intensive phase
  - 15 TB treatments for adults during continuation phase
  - 3 TB treatments for children in intensive phase
  - 3 TB treatments for children in continuation phase

It can be consumed early, if many more patients need continuation at the start of the emergency.

Kit mis à jour en 2021. Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à contacter votre référent VIH-SIDA.

### INDICATIONS

Kit contenant des médicaments TB et VIH, destiné à être utilisé dans les situations d'urgence.

Ce kit permet d'éviter l'interruption du traitement pour les patients qui étaient sous traitement TB et/ou VIH avant l'urgence.

### SPÉCIFICATIONS

Ce petit kit contient:

- Médicaments ARV:
  - traitement pour 10 adultes, 5 femmes enceintes et 3 enfants / mois
  - pour couvrir 90 adultes et femmes enceintes et 18 enfants sur une période de 6 mois, plus prophylaxie ART pour 5 nourrissons
- Médicaments TB:
  - 15 traitements TB adultes en phase intensive
  - 15 traitements TB adultes en phase de continuation
  - 3 traitements TB enfants en phase intensive
  - 3 traitements TB enfants en phase de continuation

Il peut être consommé rapidement, si beaucoup plus de patients doivent poursuivre leur traitement au début de l'urgence.

MSF Code	Composed of	Composé de	Tot Qty
<b>DORAABLA3TD</b> <b>STD</b>	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, disp. breakable tab.	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, comp. disp. sécable	3780
<b>DORADOLU1TD</b> <b>STD</b>	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 10 mg base, disp. tab.	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), éq. 10 mg base, comp. disp.	1890
<b>DORADOLU5T</b> <b>STD</b>	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 50 mg base, tab.	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), éq. 50 mg base, comp.	1890
<b>DORALPVR1P</b> <b>STD</b>	LPV 40 mg / r 10 mg, pellets-in-a-capsule	LPV 40 mg / r 10 mg, granules dans gélule	7560

Médecins Sans Frontières Internal Document

KMED\_1 | MEDICAL KITS | KITS MÉDICAUX | III-3

MSF Code	Composed of	Composé de	Tot Qty
<b>DORANEV11S1</b> <b>STD</b>	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, oral susp., 100 ml, bot.	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, susp. orale, 100 ml, fl.	30
<b>DORATELD1T</b> <b>STD</b>	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, tab.	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, comp.	9450
<b>DORAYLN1TD</b> <b>NST</b>	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, dispersible tab.	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, comp. dispersible	720
<b>DORAEHR2T1</b> <b>STD</b>	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, tab., blister	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, comp., blister	10080
<b>DORAEHA1T1</b> <b>STD</b>	ETHAMBUTOL hydrochloride (E), eq. 100 mg base, tab. blister	ETHAMBUTOL chlorhydrate (E), éq. 100 mg base, comp. blister	2400
<b>DORAHRF5TD1</b> <b>STD</b>	H 50 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	4872
<b>DORAHRF7T1</b> <b>STD</b>	H 75 mg / R 150 mg, tab., blister	H 75 mg / R 150 mg, comp., blister	19488
<b>DORAHZR1SD1</b> <b>STD</b>	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	2436
<b>DORAI1SON1TB1</b> <b>STD</b>	ISONIAZID (I), 100 mg, breakable tab., blister	ISONIAZIDE (I), 100 mg, comp. sécable, blister	1800
<b>DORAPYR11T</b> <b>STD</b>	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 10 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 10 mg, comp.	11100
<b>DORAPYR15T</b> <b>STD</b>	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 50 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 50 mg, comp.	1000
<b>L007TUBM08E-P</b> <b>STD</b>	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	1

End of list

MSF Code	Related Articles	Articles apparentés	Type Relation
<b>KMEDKTHI2S</b> <b>STD</b>	KIT STARTING TUBERCULOSIS and HIV CARE, 6 months 2021	KIT DEMARRAGE PRISE EN CHARGE TUBERCULOSE et VIH 6 mois 2021	is Related to
<b>KMEDKTHIE1</b> <b>STD</b>	KIT HIV & TB CARE CONTINUATION in emergencies, 50tt	KIT POURSUITE TRAITEMENT VIH & TB en situat. d'urgence, 50tt	is Replaced by

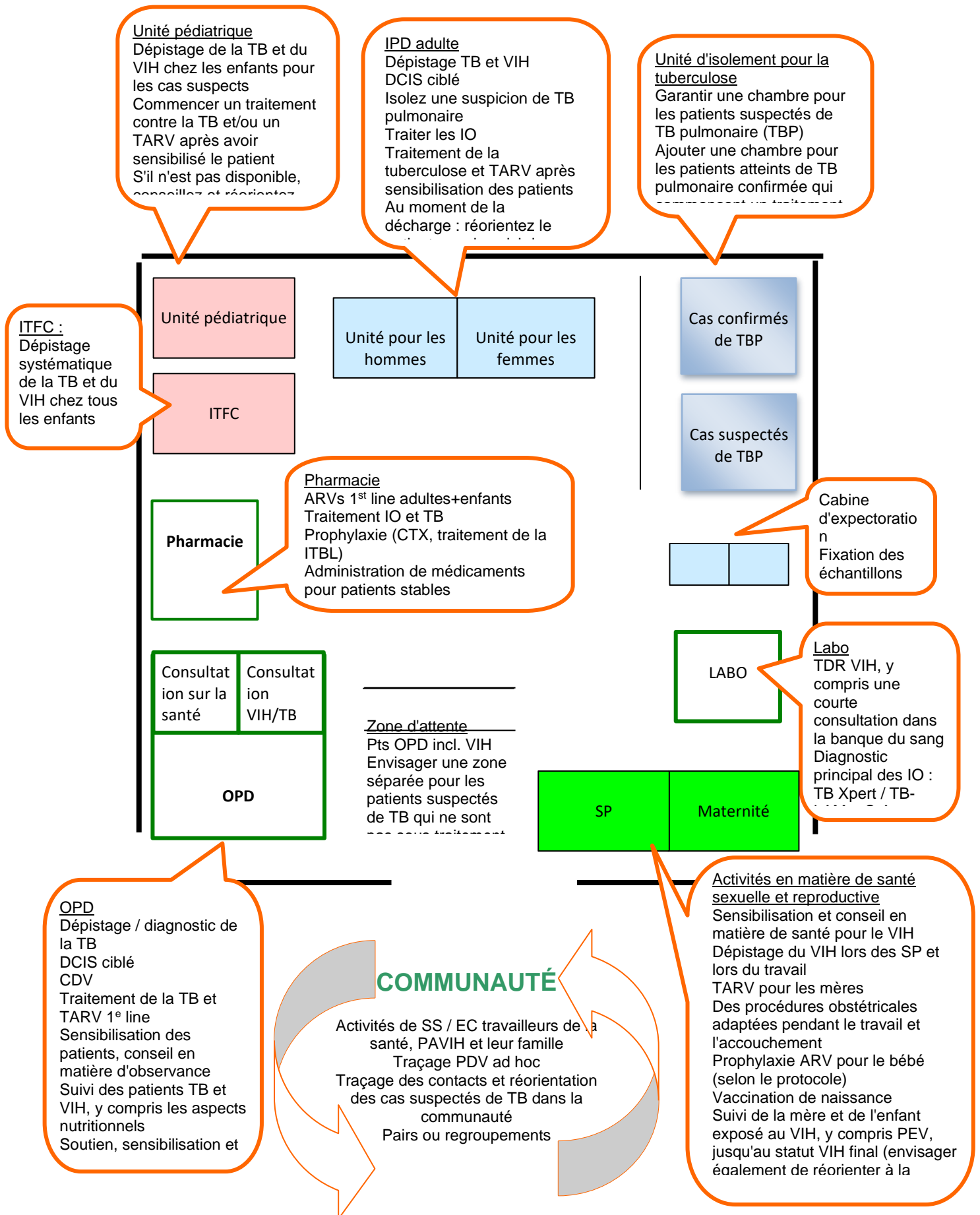
End of list

MSF Code	Detailed list of articles KMEDKTHIE2-	Liste détaillée des articles KMEDKTHIE2-	Qty
<b>DORAABLA3TD</b> <b>STD</b>	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, disp. breakable tab.	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, comp. disp. sécable	3780
<b>DORADOLU1TD</b> <b>STD</b>	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 10 mg base, disp. tab.	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), éq. 10 mg base, comp. disp.	1890
<b>DORADOLU5T</b> <b>STD</b>	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 50 mg base, tab.	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), éq. 50 mg base, comp.	1890
<b>DORALPVR1P</b> <b>STD</b>	LPV 40 mg / r 10 mg, pellets-in-a-capsule	LPV 40 mg / r 10 mg, granules dans gélule	7560
<b>DORANEV11S1</b> <b>STD</b>	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, oral susp., 100 ml, bot.	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, susp. orale, 100 ml, fl.	30
<b>DORATELD1T</b> <b>STD</b>	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, tab.	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, comp.	9450
<b>DORAYLN1TD</b> <b>NST</b>	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, dispersible tab.	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, comp. dispersible	720
<b>DORAEHR2T1</b> <b>STD</b>	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, tab., blister	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, comp., blister	10080
<b>DORAEHA1T1</b> <b>STD</b>	ETHAMBUTOL hydrochloride (E) eq 100 mg base tab blister	ETHAMBUTOL chlorhydrate (E) éq 100 mg base comp blister	2400
<b>MSF Code</b>	<b>Detailed list of articles KMEDKTHIE2-</b>	<b>Liste détaillée des articles KMEDKTHIE2-</b>	<b>Qty</b>
<b>DORAHRF5TD1</b> <b>STD</b>	H 50 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	4872
<b>DORAHRF7T1</b> <b>STD</b>	H 75 mg / R 150 mg, tab., blister	H 75 mg / R 150 mg, comp., blister	19488
<b>DORAHZR1SD1</b> <b>STD</b>	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	2436
<b>DORAI1SON1TB1</b> <b>STD</b>	ISONIAZID (I), 100 mg, breakable tab., blister	ISONIAZIDE (I), 100 mg, comp. sécable, blister	1800
<b>DORAPYR11T</b> <b>STD</b>	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 10 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 10 mg, comp.	11100
<b>DORAPYR15T</b> <b>STD</b>	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 50 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 50 mg, comp.	1000
<b>L007TUBM08E-P</b> <b>STD</b>	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	1

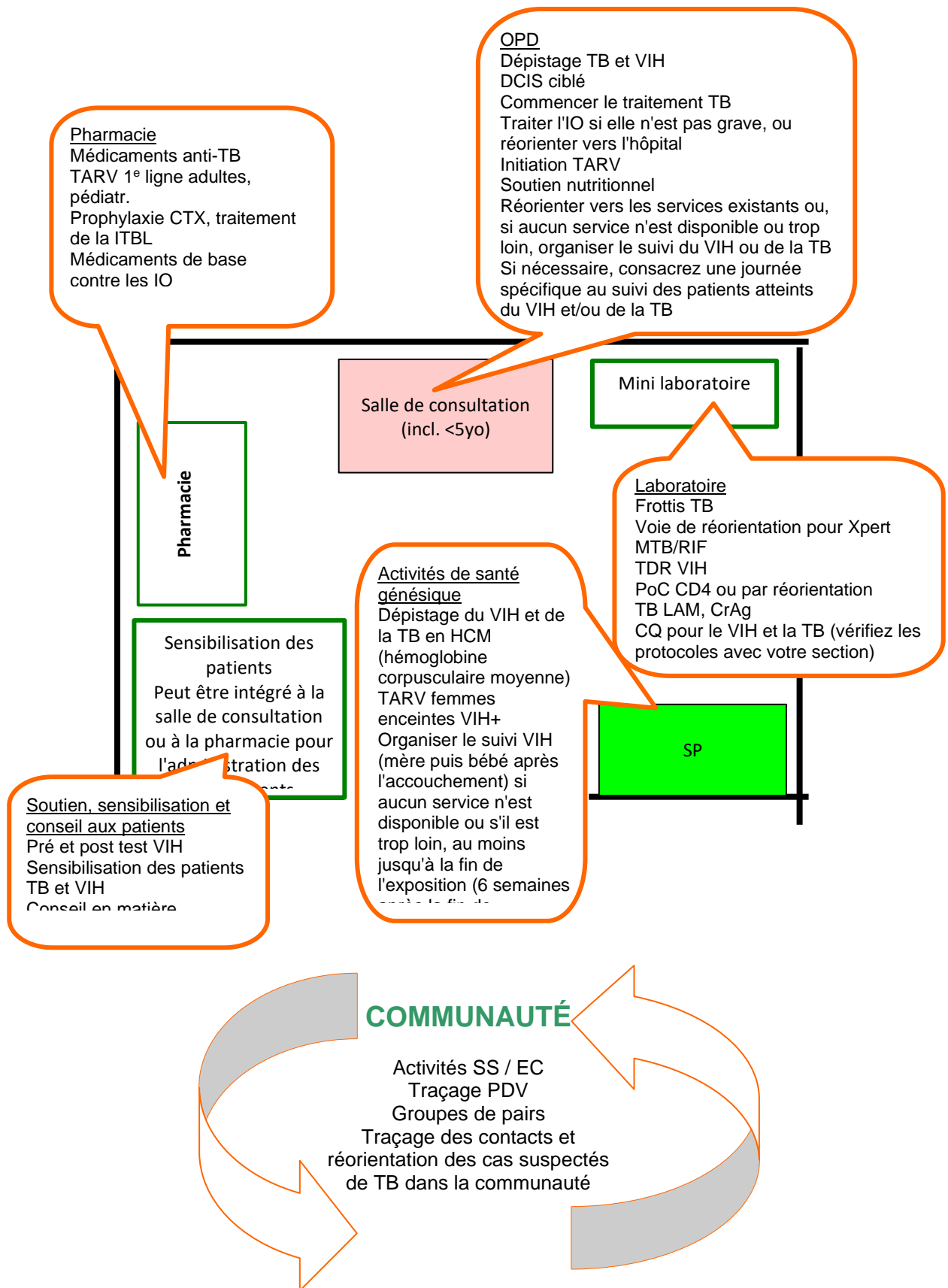
End of list

# ANNEXE 4 : exemples d'aménagement / organisation des services VIH/TB au niveau des hôpitaux et des cliniques de soins de santé primaires

Figure 1. Exemple d'activités VIH/TB au niveau des hôpitaux



**Figure 2: services VIH et TB dans une clinique de soins de santé primaires**



---

## ANNEXE 5 : Liste des ressources/directives disponibles

### Prévention, dépistage et diagnostic du VIH

- Directives consolidées sur les services de dépistage du VIH pour une épidémie en évolution <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-guidelines-on-hiv-testing-services-for-a-changing-epidemic>
- Lignes directrices sur l'autotest du VIH et la notification des partenaires : Supplément aux lignes directrices consolidées relatives aux services de dépistage du VIH ; WHO 2016 E : <https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/>
- Directives sur le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire dans les structures de santé, WHO 2007 E/F : <https://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/>
- Directive sur le moment opportun pour commencer une thérapie anti-rétrovirale et sur la prophylaxie pré-exposition pour le VIH <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

### Prévention de la TB, dépistage, diagnostic et contrôle des infections

- Directive MSF PIH 2014 TB (en cours de mise à jour)
- Manuel de conception des structures de santé MSF pour la tuberculose, Médecins Sans Frontières, 2017
- Un guide pour le contrôle et l'évaluation des activités de collaboration en matière de TB/VIH, révision 2015 : <https://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en/>
- Directives consolidées de l'OMS sur la tuberculose : module 1 : prévention : traitement préventif de la tuberculose, OMS mise à jour 2020 : <https://www.who.int/publications/i/item/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>
- Directives de l'OMS sur la prévention et la lutte contre la TB, mise à jour 2019 : <https://www.who.int/tb/publications/2019/guidelines-tuberculosis-infection-prevention-2019/en/>
- Directives sur les composantes essentielles des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des structures de soins intensifs : <https://www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en/>
- TB et radiographies du thorax : [https://www.who.int/tb/publications/Radiography\\_TB\\_factsheet.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/publications/Radiography_TB_factsheet.pdf?ua=1), <https://www.who.int/tb/publications/chest-radiography/en/> (Le chapitre 1.4 donne un bon aperçu de l'utilisation des radiographies du thorax)
- Point of Care ultrason (POCUS) : Un lien vers le chapitre 18 du manuel d'échographie MSF pour les praticiens formés - qui traite de l'examen FASH (VIH-TB) : [https://msfintl.sharepoint.com/:b:/s/msfintlcommunities/DIWG/ESYiQgPbYnZNtZVi\\_T4xVA4BDYMGryc4304a0l0m6\\_zCqg?e=eHcSHL](https://msfintl.sharepoint.com/:b:/s/msfintlcommunities/DIWG/ESYiQgPbYnZNtZVi_T4xVA4BDYMGryc4304a0l0m6_zCqg?e=eHcSHL)
- Heller T, wallrauch C, Goblirsch S, Brunetti E. Focused assessment with sonography for HIV-associated tuberculosis (FASH): a short protocol and pictorial review: Crit Ultrasound J. 2012 Nov 21;4(1):21. Doi 10.1186/2036-7902-4-21.
- Heller T. FASH: Focused Assessment with Sonography for HIV/TB. A Practical Manual. Munich, Germany. TALC- Teaching Aids at Low Cost. 2013. ISBN:978-0-9558811-8-3.

### Sensibilisation des patients, conseils sur le VIH et la TB et adhésion

- Directive sur le soutien, la sensibilisation et le conseil aux patients : pour les adultes atteints du VIH et/ou de la TB, mise à jour 2018 : [https://samumfsf.org/sites/default/files/2018-09/PSEC\\_Adults%20MSF%20Guideline.pdf](https://samumfsf.org/sites/default/files/2018-09/PSEC_Adults%20MSF%20Guideline.pdf)

- Directive sur le soutien, la sensibilisation et le conseil aux patients : pour les enfants et les adolescents atteints du VIH, mise à jour 2018 : [https://samumfsf.org/sites/default/files/2018-06/PSEC\\_Children%20and%20adolescents\\_0.pdf](https://samumfsf.org/sites/default/files/2018-06/PSEC_Children%20and%20adolescents_0.pdf)

### **Directives sur la consultation et le traitement en matière de VIH/TB et de PTME**

- Protocoles de programmes nationaux
- Guide MSF sur le VIH/TB pour les soins primaires (2018): <https://samumfsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018#>
- Directives consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention due l'infection par VIH, Recommandations pour une approche de santé publique - Deuxième édition OMS 2016. <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
- Mise à jour des recommandations relatives aux régimes antirétroviraux de première et de deuxième ligne : OMS JUILLET 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>
- Recommandations mises à jour relatives aux régimes antirétroviraux de première et de deuxième ligne et à la prophylaxie post-exposition, ainsi que des recommandations sur le diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons : Directives intérimaires de l'OMS 2018 : <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ARV2018update/en/>
- ANNEXE 3. DOSAGES POUR LES MÉDICAMENTS ARV [https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ARV\\_Guidelines-2018-Annex3a.pdf?ua=1](https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ARV_Guidelines-2018-Annex3a.pdf?ua=1)
- Directives pour le traitement de la tuberculose sensible aux médicaments et les soins aux patients - mise à jour 2017 ; [https://www.who.int/tb/publications/2017/dstb\\_guidance\\_2017/en/](https://www.who.int/tb/publications/2017/dstb_guidance_2017/en/)
- Directives OMS pour le traitement de la tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine, mise à jour 2018 ; <https://www.who.int/tb/publications/2019/consolidated-guidelines-drug-resistant-TB-treatment/en/> également disponible via <https://samumfsf.org/en/resources/tb/dr-tb/who-consolidated-guidelines-on-dr-tb-treatment-2019>
- Directive MSF PIH 2014 TB (en cours de mise à jour)
- Site Internet SAMU : <https://samumfsf.org/en>
- Guide de contrôle et d'évaluation des activités de collaboration en matière de TB/VIH, révision 2015 : <https://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en/>
- Guide d'éducation et de conseil aux patients pour la PTME B+, OCB avril 2013 [https://samumfsf.org/sites/default/files/2018-06/4\\_english\\_Patient\\_education\\_and\\_counselling\\_guide\\_for\\_PMTCT.pdf](https://samumfsf.org/sites/default/files/2018-06/4_english_Patient_education_and_counselling_guide_for_PMTCT.pdf)
- Protocole de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) : Groupe de travail international de MSF sur le SIDA, révisé août 2017 [https://samumfsf.org/sites/default/files/2019-02/PMTCT%20Guidelines\\_2017.pdf](https://samumfsf.org/sites/default/files/2019-02/PMTCT%20Guidelines_2017.pdf)

### **Gestion des données sur le VIH : Monitoring et Évaluation**

- MSF DSIS1 et DSIS 2 (en cours de développement)
- Trois systèmes interconnectés de suivi des patients pour les soins VIH/ARV, HCM/PTME et VIH/TB : ensemble de données minimales normalisées et outils descriptifs (révision OMS 2013) : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77753/9789241598156\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77753/9789241598156_eng.pdf?sequence=1)
- Définitions et cadre de rapport sur la TB (mise à jour OMS décembre 2014) : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79199/9789241505345\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79199/9789241505345_eng.pdf?sequence=1)
- Annexes 32, 33, 34, 35 à la directive sur le TB (MSF, PIH 2014)

### **Intégration et adaptation au COVID 19 dans les activités VIH/TB**

- **Integration and adaptation of HIV/TB activities due to COVID 19.**

---

<https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/AWG/Resources/Forms/AllItems.aspx?viewid=145cd5f1%2D898d%2D419c%2Dbd1f%2D8c33c1cb4389&id=%2Fsites%2Fmsfintlcommunities%2FAWG%2FResources%2FCOVID%2D19%2F01%2D%20MSF%20guidance%20and%20tools>

## ANNEXE 6 : exemple de financement

Veillez trouver ci-dessous le budget estimé par patient pour le projet Yambio Test & treat<sup>27</sup> qui était un programme communautaire de test VIH et de démarrage. Ces coûts doivent être adaptés à la disponibilité des ressources : les TARV sont généralement couverts par le Fonds Mondial (GF), et MSF ne commande que 2 à 3 mois de stock ; la charge virale est également couverte dans certains pays par le MoH ou le GF ; dans les composantes intégrées, vous n'aurez peut-être pas besoin d'engager une ressource spécifique, et le coût par patient dépendra de la classe de salaire. Les coûts de formation ne sont pas inclus dans le calcul :

### Coût par patient

Quoi	Frais	Commentaires
<b>Personnel</b>	\$67	Dépendra du niveau de salaire et du nombre de personnel nécessaire  Le personnel comprend l'équipe de la clinique mobile composée d'un agent clinique, d'une infirmier-conseil, d'un technicien de laboratoire, de deux agents de santé communautaire et d'un chauffeur.
<b>Médicaments</b>	\$84	Il s'agit d'une mission complète de première ligne ; si seulement 3 mois sont commandés par patient, le coût passera à \$21
<b>Laboratoire</b>	\$35	Cela dépendra si certains des tests (comme la charge virale) sont couverts par un acteur externe  (Si un dépistage est effectué au PoC, l'appareil Xpert coûte environ 15 000 euros, et les cartouches, 8 \$ pièce)
<b>Transport</b>	\$6	Si basé à la structure, ce coût peut être exclu.  L'amortissement d'une voiture avec une espérance de vie de dix ans et les coûts de maintenance associés ont été inclus
<b>Autres</b>	\$7	
<b>Total</b>	\$199	

27 <https://www.msf.org/yambio-test-and-treat>

---

## ANNEXE 7 : études de cas

### Étude de cas 1 : Malakal : intégration des soins VIH/TB

*(exemple d'intégration du VIH/TB au niveau de l'hôpital dans une zone où l'écart de traitement est > 90%)*

**Brève description :** le projet de Malakal se situe dans la région du Nil Supérieur au Sud Soudan. Actuellement, le projet gère 2 hôpitaux (à Malakal et au PoC) et couvre une population de 50.000 personnes. En 2017, le projet a décidé d'intégrer les activités VIH/TB à d'autres priorités médicales concurrentes, étant donné que l'écart de traitement était > 90 %, que la charge VIH/TB était élevée et que le MoH et d'autres acteurs ne fournissaient pas de soins VIH/TB.

**Epidémiologie :** au Sud Soudan, la prévalence du VIH est de 2,7% et l'incidence de la TB de 150/100.000 habitants. L'incidence dans la population déplacée serait 3 fois plus élevée.

**Contexte :** conflit prolongé et populations très mobiles, plusieurs villages mais la majorité de la population vit soit en ville soit dans la zone de protection des civils. Le MoH s'est effondré après un conflit ethnique en 2013. Les acteurs humanitaires fournissent des soins de santé ; seul l'IMC (Corps médical international) assure la PTME.

**Clinique :** le projet gère deux établissements hospitaliers, dont l'IPD (adultes, enfants, néonatalogie et maternité), l'OPD, les vaccinations, les activités de proximité et le watsan.

**Projet d'intégration VIH/TB :** Après deux ans de programme VIH/TB, le projet est bien établi. Ils font du CDV en plus des soins CDIS, PTME et VIH et TB-TB-MR ; le labo est assez complet, avec une machine PIMA (test CD4), Xpert MTB/RIF avec des plans pour passer à la CV VIH et à l'EID, qui sont actuellement effectués par un laboratoire de référence. Le projet a une stratégie communautaire avec des activités SS/EC et un conseiller spécifique pour le VIH/TB.

### Étude de cas 2 : CAR : intégration de la prestation de services différenciés (DSD) des services TARV

*(un exemple d'intégration des services DSD)*

**Description :** MSF gère une clinique de soins de santé de base à Boguila depuis 2007 avec des activités VIH/TB dans la partie nord du pays. Le site de Boguila dispose d'une installation BHC et d'un poste de santé. Les activités comprennent l'OPD, la malaria, les vaccinations, la SP/PTME, la sensibilisation et les activités Watsan.

Au cours des six dernières années, les équipes ont été très occupées à répondre aux situations d'urgence. En conséquence, le dépistage VIH a été suspendu et les activités VIH/TB limitées à la poursuite du TARV, au traitement salvateur de la TB, à la PTME et au traçage des perdus de vue. Désormais, la situation s'est calmée et tant le MoH que MSF sont désireux d'étendre les activités VIH/TB et d'améliorer l'accès en mettant en œuvre la prestation de services différenciés (DSD) des services de TARV.

**Épidémiologie :** la prévalence du VIH est d'environ 4%, l'incidence de la TB n'est pas très élevée, (le dépistage de la TB s'est poursuivi par réorientation vers Paoua ou Bossangoa). Il y a des cas présumés de VIH dans l'OPD, les SP et le programme de nutrition.

**Contexte :** rural. Il n'y a pas de prestataires VIH/TB à proximité. MSF réoriente tous ses patients vers l'hôpital de Bossangoa par moto ou par avion. MSF soutient les activités VIH/TB en IPD à l'hôpital de Bossangoa. MSF soutient également le laboratoire avec un GeneXpert où sont effectués des tests de dépistage de TB et de charge virale.

**Projet d'intégration VIH/TB :** Le projet a décidé de mettre en œuvre des DSD comprenant des groupes TARV communautaires, un espacement des rendez-vous, une procédure accélérée (fast track) et la reprise des tests de dépistage du VIH/TB (CDIS), en plus de la PTME existante et des renouvellements TARV/TB. Ils ont passé un accord pour envoyer à l'hôpital de Bossangoa des patients malades, des prélèvements de tuberculose, des prélèvements de charge virale et des prélèvements diagnostiquer le VIH chez les



---

nourrissons. En collaboration avec le MoH, ils travaillent à la mise en œuvre des DSD pour stabiliser les PAVIH et les PATB au niveau des centres de santé et des communautés. Pour le dépistage du VIH, ils utilisent les tests rapides et se tournent vers l'hôpital de Bossangoa pour confirmation via Xpert. Ils utilisent les registres papier du MOH pour le conseil/TARV/PTME, les cartes d'identité pour le TARV et la TB, en envoyant les indicateurs/chiffres minimums au MOH et au MSF pour le monitoring et l'évaluation. Le plan d'urgence fait partie de l'ensemble des DSD et sa mise en œuvre à grande échelle a commencé avec la mise en relation des nouveaux patients aux DSD.

### **Étude de cas 3 : CAR : intégration de la PTME dans la maternité de Castor (Bangui)**

**Description :** À Bangui, MSF soutient un projet vertical axé sur la maternité et la santé sexuelle et génésique. Les activités comprennent la maternité, les VSS et le planning familial. Le dépistage du VIH est intégré dans tous les services, mais aucune autre prestation de soins. Les femmes ont reçu un mois de TARV et les bébés exposés au VIH un mois de prophylaxie ARV, puis ont été réorientés vers des centres de santé sans autre suivi.

Les équipes se sont inquiétées du manque de suivi des bébés exposés au VIH et du manque de suivi des femmes enceintes VIH+ identifiées et, par conséquent, des transmissions verticales du VIH évitables.

**Épidémiologie :** la prévalence du VIH est de 7% à Bangui, mais l'accès au TARV est très faible et de nombreuses femmes enceintes n'ont jamais bénéficié d'un test de dépistage du VIH ni d'un accès aux services de PTME. La prévalence de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes qui viennent accoucher à la maternité est de 6%.

**Contexte :** urbain. Certains centres de santé sont soutenus par des partenaires qui mettent en œuvre la PTME. Le programme national vise à intégrer la PTME dans tous les SP.

**Projet d'intégration du VIH/TB :** le projet a décidé d'améliorer son intégration du VIH en adoptant une approche progressive. Comme il n'y avait ni capacité ni ambition de s'impliquer dans les SP, l'équipe a accepté de commencer à améliorer le suivi des bébés nés à Castor et exposés au VIH. Un responsable de la mise en œuvre a soutenu la mise en œuvre des éléments suivants :

- Intégration du diagnostic précoce des nourrissons (EID) avec la mise en œuvre de GeneXpert dans un laboratoire qui était (de toute façon) en cours de modernisation.
- Consultation dédiée, à Castor, au suivi des bébés exposés au VIH après l'accouchement pendant 6 semaines où le test EID est effectué.
- Système de réorientation vers un hôpital pédiatrique pour la mise en place précoce d'une TARV chez les bébés identifiés EID+.
- Un meilleur dépistage des femmes VIH+ avec la mise à disposition de CD4 et un algorithme de dépistage des maladies avancées.
- Système de réorientation des femmes malades vers l'hôpital et mise en place d'un système de contre-orientation avec des centres de santé pratiquant la PTME où les femmes peuvent être davantage suivies plus renforcement de la communication afin qu'un système de renforcement des capacités/approche de parrainage avec d'autres centres de santé puisse être conçu plus avant.

### **Étude de cas n4 : Guinée Conakry : intégration des soins VIH dans les centres de santé primaires comme stratégie de décentralisation dans un contexte de faible prévalence**

**Description brève :** À Conakry, en Guinée, MSF soutient un vaste projet vertical de lutte contre le VIH dans un centre de santé qui commençait à être encombré par une importante cohorte de patients séropositifs (>10 000). La décentralisation vers d'autres centres de santé de la ville a été l'étape suivante, mais l'équipe et le MoH ont convenu que le modèle de décentralisation serait basé sur une intégration des soins du VIH dans le reste des activités dans 6 centres de santé car il n'y avait pas les capacités nécessaires pour mettre en œuvre des programmes verticaux dans chacun d'entre eux.

**Épidémiologie :** à Conakry, la prévalence du VIH est de 2,3% dans une épidémie généralisée.

**Contexte :** en milieu urbain, où le VIH n'est pas le problème principal, alors qu'il s'agit d'une épidémie généralisée, la prévalence dans des groupes spécifiques comme les personnes atteintes de KP peut être dix

fois plus élevée. La fourniture de soins était très limitée, à quelques centres de santé seulement, dont les cohortes croissantes étaient difficiles à maintenir.

**Projet d'intégration du VIH/TB :** Une équipe de MSF a donc été composée de cliniciens, de conseillers et d'un soutien M&E qui se sont relayés dans les cliniques afin de décentraliser, former et de renforcer les capacités des équipes du MoH dans les cliniques grâce à une approche de parrainage. Les cliniciens ont progressivement intégré dans leurs consultations les consultations de suivi des patients envoyés par Matam et ont mis en place des systèmes pour absorber et suivre leur propre cohorte de patients VIH+. MSF a conçu un plan de parrainage pour soutenir toutes les composantes du programme dans chaque structure de santé. Le plan de parrainage couvre les consultations générales, le soutien aux laboratoires, le soutien aux pharmacies et la PTME. Les sujets sont abordés progressivement et MSF apporte également son soutien en assurant le suivi, l'envoi de prélèvements, le soutien technique, la discussion des cas difficiles et l'évaluation des progrès réalisés, en constituant des équipes indépendantes dans chacune des structures de santé traitant des cohortes de 1 500 à 2 500 patients chacune.

### **Étude de cas 5 : Madaoua (Niger) : Intégration des soins VIH/TB dans le programme de pédiatrie/nutrition**

**Description brève :** Madaoua est une ville de la région de Tahoua (au Niger) sujette à des conflits, avec une population de 450.000 habitants. Les principales causes de mortalité sont le paludisme et la malnutrition, qui sont saisonniers. En 2010, MSF a ouvert un ITFC, un ATFC et un IPD pour les moins de 5 ans. La moyenne des enfants souffrant de MAS est de 2200 par an et la mortalité est d'environ 4%, tandis qu'environ 1500 patients sont hospitalisés avec un taux de mortalité de 5,4%.

**Épidémiologie :** En 2016, la prévalence nationale du VIH était <1% mais la positivité au VIH dans les banques de sang était de 8%.

**Évaluation :** Soins VIH assurés par le MoH mais sans services de PTME, sans accès à l'ADN PCR, sans traitements pédiatriques et sans inhibiteurs de protéase dans tout le pays ; le personnel n'était pas formé et la stigmatisation était très élevée.

**Projet d'intégration du VIH/TB :** dépistage systématique du VIH dans la ITFC ; VIH pédiatrique

Objectifs	Dépistage systématique du VIH dans la ITFC	Traitement VIH
<b>Quoi</b>	Dépistage VIH Conseil en groupe pré-test Conseil post-test Dépistage des enfants si la mère est VIH+	TARV et CTX Surveillance clinique Laboratoire : CD4 et CV avec appareil Xpert Conseil en matière d'observance
<b>Où</b>	ITFC	Clinique VIH, labo (CD4 / CV)
<b>Pour qui</b>	Pers. souffrant de MAS avec complications médicales	Enfants atteints du VIH
<b>Qui</b>	Infirmier	Infirmier