**Relevé des approches et interventions clés**

***Atelier de concertation pour la définition des priorités d’investissement***

***des Subventions FM (MS/PNLSH et PLAN) pour le VIH en Guinée***

# Résumé

L’atelier de revue des interventions a été l’occasion de mettre en pratique une approche « Localisation, Population et saturation » dans l’analyse des interventions grâce aux études présentées qui ont permis de mieux comprendre la dynamique de l’épidémie et de déterminer les approches / interventions à haut impact, notamment :

* Le Dépistage à l’initiative du soignant (dans les services hospitaliers, dans les services de prise en charge des patients tuberculeux, auprès des donneurs de sang, dans le cadre de la PTME, etc.) Les taux de séropositivités les plus élevés sont dans les stratégies de dépistage DCIS et TB/VIH.
* L’optimisation de la PTME (seulement 40% des femmes VVIH initient la PTME – Etude sur la couverture des interventions 2018)
* La réduction de la distance entre les patients et le traitement pour réduire le nombre de perdus de vue

Ces approches et interventions identifiées par l’étude sur le dépistage différencié doivent être croisés avec :

* Les données régionales qui permettent d’avancer les hypothèses suivantes :
  + Bonne saturation des services à Conakry avec un taux de couverture en ARV supérieur à 90%
  + Toutes les autres régions ont besoin d’amélioration en couverture.
* Les données attendues de
  + L’étude en cours sur la qualité des interventions dans les 66 plus importants sites PTME en terme de nombres de femmes enceintes reçues en CPN et nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH dépisté.
  + L’étude relative à la qualité des interventions dans les 28 plus importants sites de prise en charge (dont 13 à Conakry) qui représentent quasiment 90% de la file active nationale des personnes sous traitement ARV.

D’ores et déjà, il ressort des études préliminaires et des discussions lors de l’atelier que les interventions seront concentrées sur :

* L’amélioration de la qualité des soins, mise sur traitement, rétention, suivi biologique, S&E, gestion des intrants (tests de dépistage, médicaments, etc.), soutien psychosocial, etc. dans les 28 sites de PEC et les sites 66 PTME les plus importants.
* Les sites de prise en charge de la tuberculose, qui vont intégrer le dépistage et la prise en charge du VIH, avec le soutien d’APS.
* L’extension du DCIS dans les hôpitaux et centres de santé (soit par amélioration des pratiques professionnelles pour systématiser l’offre, ou par intégration complète).
* La mise en œuvre du dépistage familiale/partenaires/index à tous les points d’entrée du dépistage avec le soutien des acteurs communautaires qu’ils soient des APS, membres des réseaux de PVVIH, etc.).
* Spatialisation des données disponibles et à venir (taille des populations, lieux de rencontre, lieux de prestation des services, etc.) car cela va permettre de faire coïncider au maximum les services avec les populations prioritaires et avec la dynamique de l’épidémie. (Populations à cibler ? orpailleurs, miniers, pécheurs, HSH, PS, routiers, HFU, prisonniers / localisation optimale des sites de PEC, de dépistage, etc.).
* Amélioration du système MSR et mise en place du pilote du « patient tracker ». Revue et réduction et révision des outils de collectes et des indicateurs.
* Amélioration de la chaine d’approvisionnement et de la gestion des intrants dans les sites.
* Interopérabilité des données SNIS avec les données SIGL
* Réduction dans le nombre d’études mené. (ESCOMB, Cartographie et estimation des tailles des populations, surveillance sentinelle)
* Revue et Révision des protocoles des études pour s’assurer qu’ils sont alignés avec les normes internationales.

# DONNéES POUR LA PRISE DE LA DECISION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnes vivant avec le VIH** | **Nombre total\*** | **Connaissant leur statut** | **Sous traitement ARV**\*\* | **Charge virale supprimée**\*\*\*\* | **Sous traitement ARV après 12 mois**\*\*\* |
| Total | 129 140 |  | 42 214 | 37 486 | 27 439 |
| Adultes (plus de 15 ans) | 118 878 | 59 201 | 40 363 |  |  |
| Femmes plus de 15 ans | 71 315 | 35 729 | 27 714 |  |  |
| Hommes plus de 15 ans | 47 564 | 23 830 | 12 649 |  |  |
| Enfants vivant avec le VIH. 0 à 14 ans | 10 262 |  | 1 851 |  |  |

\*Source : Spectrum, 2018

\*\*Source : Chiffre du nombre de PVVIH sous traitement dans la base de données 2017 (51 406), corrigé pour surestimation avec le facteur calculé par l’enquête d’actualisation de la file active de 2016 (22% de surestimation).

\*\*\*Source : MSF, taux de rétention mesuré en 2016

\*\*\*\*Source : MSF, données de 2017

* La proportion de personnes connaissant leur statut se situe aux alentours de 50 %. **Le dépistage reste donc un important goulot d’étranglement**.
* Les femmes ont un meilleur accès au dépistage et aux traitements (PTME) et les hommes et particulièrement les enfants ont un accès faible.
* La cascade montre une assez bonne mise en relation avec plus de 80% des personnes dépistées qui accèdent aux traitement ARV
* 3,5% de prévalence rapportée pour les dons de sang, avec plus de 80% des dons qui sont intrafamiliaux.

**PVVIH**



* La distribution des PVVIH par région montre une présence importante dans les régions de Kankan, N’Zérékoré, Conakry et Kindia suivi de Labé et Boké.
* La répartition par région des PVVIH estimées et des personnes sous – traitement montre des gaps importants les régions de N’Zérékoré, Kankan, kindia, et Boké (voir tableau)
* Conakry est quasiment à l’accès universel avec une bonne saturation des services propre aux milieux urbains des capitales.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PVVIH\*** | **PVVIH sous traitement\*\*** | **PVVIH non traités** |
| Conakry | 28502 | 28015 | 487 |
| Kindia | 16233 | 2350 | 13883 |
| Boké | 13603 | 2147 | 11456 |
| Mamou | 6707 | 1018 | 5689 |
| Labé | 13916 | 1738 | 12178 |
| Kankan | 19320 | 2686 | 16634 |
| Faranah | 10325 | 916 | 9409 |
| N’Zérékoré | 20534 | 3342 | 17192 |
| **Total** | **129140** | **42214,00** | 86926 |

* 28 sites de prise en charge ARV rassemblent près de 90% de la cohorte. Ce sont donc des sites sur lesquels il est possible de concentrer des actions de :
  + Dépistage index
  + Déploiement / renforcement des APS et d’un dispositif d’accompagnement des PVVH
  + Tutorat de centres de santé pour intégrer la PEC / transférer une partie de la file active, etc.
  + Amélioration de la gestion des intrants

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Conakry | Conakry | N'Zérékoré | Kankan | Labé | Boké | Kindia | Mamou | Faranah | Total |
|  | FA total |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre de sites prioritaires | 15 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 28 |
|  | FA des sites prioritaires | 26899 | 3928 | 2398 | 1689 | 1643 | 1372 | 830 | 353 | 39112 |
|  | FA supérieur à 5000 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
|  | FA entre 4000 et 5000 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
|  | FA entre 3000 et 4000 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
|  | FA entre 2000 et 3000 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
|  | FA entre 1000 et 2000 | 7 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 13 |
|  | FA entre 500 et 1000 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |
|  | FA inférieur à 500 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 |

Détail des 28 principaux sites de PEC

* La rétention est de 12 mois de 69,4% chez les femmes et de 57,5% chez les hommes.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Total** | | **Femmes** | | **Hommes** | |
|  | **Rate** | **IC** | **Rate** | **IC** | **Rate** | **IC** |
| Absences | 2,78 | *2,69-2,91* | 2,69 | *2,64-2,76* | 2,99 | *2,88-3,2* |
| PDV | 0,66 | *0,65-0,68* | 0,63 | *0,61-0,64* | 0,73 | *0,71-0,75* |
| PDV def. | 0,45 | *0,44-0,47* | 0,41 | *0,39-0,43* | 0,55 | *0,52-0,57* |

Détail des taux de perdu de vue

**Approches de dépistage**



* Par rapport au nombre de tests réalisés par approche, le Conseil Dépistage à l’Initiative du Soignant permet proportionnellement d’identifier le plus de cas.
* Le dépistage des personnes atteintes de tuberculose permet d’identifier une proportion importante de PVVIH.
* Un nombre important de CDT n’intègre pas encore le dépistage VIH ou l’accès aux ARV.

**PTME**

-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Données** | **Valeur** | **Source** |
| Nombre de grossesses attendu | 519 303 | INS |
| % des femmes enceintes qui viennent en CPN | 84,3% | MICS 2016 |
| Nombre attendu de visites CPN1 | 437 772 | INE\*MICS |
| Nombre de visites CPN1 | 481 534 | BSD |
| Nombre de visites CPN1 aux sites PTME | 435 480 | Base de données PNLSH |
| Nombre de femmes enceintes conseillé | 434 588 |
| Nombre de femmes qui ont accepté le teste VIH | 344 836 |
| Nombre de femmes testé | 236 535 |
| Nombre de femmes testé et résultat reçu | 231 657 |
| Nombre de femmes enceintes VVIH | 6 105 | Spectrum |
| Nombre de femmes enceintes testé VIH+ | 4 303[[1]](#footnote-1) | Base de données PNLSH |
| Nombre de femmes PTME initié | 2 987 |

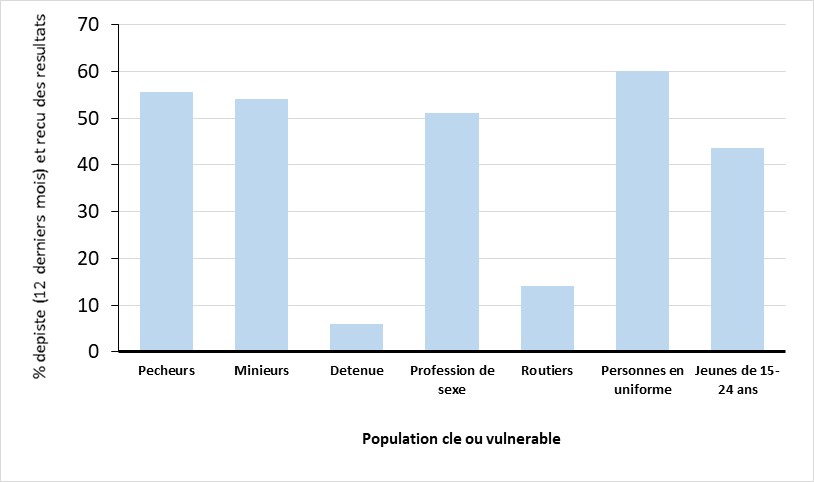
En 2018, on estimait à 6105 le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH (selon les estimations de Spectrum), dont environ 84% avaient eu au moins une visite de consultation prénatale pendant leur grossesse et 90% avaient assisté à une consultation prénatale proposant un test de dépistage du VIH pour les femmes enceintes. Cela équivaut à 958 femmes enceintes séropositives infectées par le VIH qui ne fréquentent aucun établissement de soins prénatals et 584 personnes qui y assistent et pour lesquelles un test de dépistage du VIH n'est actuellement pas proposé.

Cependant, parmi les 5521 femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont fréquenté un centre de PTME, seules 78% ont effectivement subi un test de dépistage du VIH, ce qui représente 1218 femmes qui ont fréquenté un centre de PTME sans avoir subi de test de dépistage du VIH. En d’autres termes, si vous augmentez le nombre de tests de dépistage du VIH dans toutes les cliniques de soins prénatals, vous obtiendrez environ 600 nouveaux diagnostics supplémentaires (A) Si vous optimisez l'offre de tests / l'absorption dans les sites de PTME existants, vous pourriez obtenir le double : environ 1218 nouveaux diagnostics supplémentaires par an (B) Si vous faites les deux, vous obtiendrez environ 1800 nouveaux diagnostics.

66 Sites représentent plus de 50% des femmes enceintes testés VIH positives.

**Populations clés**

Fig : Proportion dépistée pour le VIH et ayant reçue les résultats dans les 12 derniers mois par population clé et vulnérable



* La couverture des services chez les populations clés « non cachées » montre une quasi-saturation des services en termes de dépistage.
* Les nouvelles cibles prioritaires sont : les mineurs / orpailleurs artisanaux
* Les régions prioritaires : Boké et Kankan
* Les cibles prioritaires pour les PS : Conakry, Kindia et Nzérékoré, Labé, particulièrement les « Pépinières » (un équivalent de bidonvilles dans lesquels habitent une majorité de PS + Iles de Los (pour les pêcheurs).

# ACTIVITES PRIORITAIRE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domaine** | **Services** | **Activités** | **Cibles** |
| **Dépistage** | | | |
| Dépistage | Ministère de la santé | Modification de l’algorithme de dépistage conformément aux recommandations de l’OMS pour les pays à faible prévalence. |  |
|  | Hôpitaux - CDIS | o Dans les unités hospitalières :   Proposition systématique pour les personnes vues dans les services de dermatologie, maladies infectieuses, etc.   Proposition ciblée (symptomatique et clinique) pour les services de consultation médecine générale,  A noter : Dans la logique de « localisation et saturation », l’accent mis sur le DCIS pourrait l’être dans un premier temps dans les régions prioritaires de Nzérékoré, Kankan et Boké. | Régions prioritaires de Nzérékoré, Kankan et Boké. |
|  | CDT | Intégration du dépistage VIH dans tous les CDT et offre systématique. (Tests disponibles, formation sur le conseils pré/post-test) | 62 CDT fonctionnels  9 nouveaux en construction.  Patients TB. Coïnfection. |
|  | Centres PEC / CDV / CDT-PEC | Offre systématique du dépistage index (partenaires(s), enfant (s)) dans les sites pour les personnes déjà sous traitement et les personnes nouvellement dépistées positives. | Patients VIH des sites de grande cohorte – 28 PEC / 66 PTME et tous les PVVIH - CDT 62 (+9) |
|  | Services transfusion des Hôpitaux nationaux, régionaux et préfectoraux CNTS de Conakry  CMC | Intégration du dépistage et conseil a l’initiative soignant dans les centres de transfusion  • A noter ; les centres sont déjà dotés en réactifs pour le dépistage. Deux questions :  O Formation / accompagnement du personnel pour le counseling avec proposition systématique de dépistage pour tous les donneurs.  O Mutualisation des compétences avec le personnel hospitalier lorsque l’unité de dons de sang est intégrée dans une structure hospitalière. | Donneurs de sang  1 CNTS  4 Centres régionaux (Kankan, Labé, Boké et Nzérékoré)  2 hôpitaux régionaux  26 hôpitaux préfectoraux.  3 Centres médicaux communaux. |
|  | PTME | Renforcement du dépistage de rattrapage en salle d’accouchement (avec une modalité pour déterminer à travers le carnet, les femmes passées par une proposition préalable de dépistage.). | 66 sites de PTME |
|  | Centres PEC/PTME avec file active enfants | Proposition de dépistage systématique des fratries des enfants vivant avec le VIH sous ARV | Enfants |
|  | Equipe Mobile de soins  Unité mobile de soins | Création et opérationnalisation d’équipe mobile (localisation : chambres d’hôtel, tente, etc.) de soins se déplaçant dans les sites d’orpaillage et les villes à forte concentration de « points chauds ».  Une EMS est une équipe réduite avec par exemple un professionnel de santé et un / deux agents communautaires intervenants dans les lieux fréquentés par les populations clés et vulnérables en :  • Louant par exemple deux pièces dans un hôtel de passe pour faire du conseil / dépistage.  • Installant une tente dans un lieu de rencontre / fréquentation pour des activités de conseil et dépistage.  Renforcement du dépistage avec les unités mobiles actuellement déployées dans les lieux de concentration. | Mineurs et PS en Boké et Kankan  HSH, PS, Pécheurs Routiers |
|  | Prisons | Proposition systématique de dépistage à l’entrée et à la sortie des prisons  Cette proposition est à croiser avec  •La possibilité d’un screening TB pour les PPL  •Le renforcement de l’accès des PPL aux soins avec la création d’infirmeries pénitentiaires.  •Point à documenter :  o Taille de la population carcérale  o Gouvernance de la santé dans les lieux de privation de liberté : Ministère de l’intérieur, de la santé ?  o Existence d’un accord-cadre entre les intervenants ?  o Intégration d’interventions Paludisme, TB et VIH ? | Populations Privées de Liberté |
|
|  | HFU - Garisons | Proposition de dépistage dans les infirmeries des garnisons du pays | Hommes et femmes en uniforme (convention Ministère de la défense, formation des personnels, approvisionnement). |
|  | 66 Sites de PTME | Mettre à l'échelle la PTME de rattrapage (salle d'accouchement et post-partum)  o Dépistage de « rattrapage » en salle d’accouchement ou de post-partum pour les femmes qui ne sont pas passées par la CPN.   UNICEF a partagé une expérience pour améliore l’identification des femmes n’ayant pas fait l’objet d’une proposition de dépistage avec la mise en place soit d’un nouveau carnet des visites incluant le renseignement d’une case relative à la proposition de dépistage, soit l’agrafage sur les carnets actuels d’un document informant du passage par la porte « proposition de dépistage ». | Centres prioritaires (suite à l’évaluation des 66 sites PTME les plus importants). |
|  | 66 sites PTME | Intégration du test DUO- Syphilis VIH dans les HP, CS et PS (CPN) | Femmes Enceintes |
|  | PTME | Modification du carnet de suivi des femmes enceintes pour intégrer la référence au passage au dépistage (rendre plus lisible la PTME de rattrapage / Autre modalité : agrafage d’une fiche sur le carnet actuel). | Femmes Enceintes et Enfants |
|  | Sites Planification Familiale / Sites PTME | Intégration du dépistage dans les services de PF situés dans les mêmes centres de soins que les sites PTME  o Intégration du dépistage VIH dans tous les services de prise en charge des IST et de planning familial notamment dans les services de planification familiale situés dans les mêmes unités de santé que l’un des 66 sites de PTME prioritaires. Ceci répond au constat que ces services se situent dans les mêmes sites et répond à la nécessité de favoriser le dépistage par des agents formés et expérimentés ainsi que la rationalisation de la quantification et de la gestion des intrants de dépistage. | Femmes Enceintes et Femme de l’âge de la reproduction |
|  | 66 sites PTME | Dépistage Précoce des enfants et fratrie des enfants des mères séropositives en campagne pour le rattrapage.  Renforcement de la stratégie de dépistage précoce. Suivi des médiatrices communautaire de chaque mère-enfant.  o En lien avec les 66 sites principaux de PTME, renforcer le dépistage des enfants avec l’optimisation des appareils GenExpert disponibles (24).  o Mettre en place autour de ces sites la collecte et l’acheminement des DBS à destination des laboratoires.  o Définir une modalité pratique de retour des résultats à destination des prestataires des sites de prise en charge.   Lieux : sites PTME prioritaires (parmi les 66) + services de pédiatrie des hôpitaux nationaux, régionaux et préfectoraux.  o Promouvoir et mettre à l’échelle le dépistage familial : il est question ici de la cellule familiale et nous sommes donc dans une composante du dépistage index avec la PTME comme porte d’entrée. Il s’agit de proposer le dépistage du conjoint et des enfants sur le même site et potentiellement avec le même prestataire. | Nouveaux nés et fratrie |
|  | Réseaux Communautaires / APS | Mise en place d’une proposition d’autotests pour les clients des PS, conjoints des personnes vues en PTME ou des autres populations clés.   Une expérience sur les autotests est en cours actuellement à Conakry avec MSF. La mise à disposition des autotests pourrait également concerner les conjoint-Es des PVVIH suivies. Plusieurs modalités existent pour complémenter l’offre de dépistage existante. Il serait à envisager d’avoir une discussion à Conakry sur la prévention combinée avec présentation de l’expérience MSF de Conakry et une discussion qui pourrait également porter sur la PrEP. | Clients des PS |
| **Prise en charge** | | | |
|  | 66 Sites PTME | [[2]](#footnote-2)Transformer les principaux centres PTME en centre PEC / PTME[2] | Femmes Enceintes PVVIH et Famille |
|  | 66 Sites PTME | Intégrer le dépistage et la prise en charge des enfants et conjoints dans les principaux centres PTME   Evolutions des centres PTME en centres PEC / PTME  o Au regard des taux de perdus de vue entre la PTME et la PEC (pour ceux des 66 sites les plus important de PTME qui réfèrent les femmes dans un centre de PEC distinct et distant).  o Intégration d’une approche « PEC familiale » dans les centres PTME retenus.   Cette approche consiste à :  • Proposition de dépistage du conjoint et des autres enfants selon des modalités à définir avec les femmes suivies en PTME.  • Dépistage du conjoint et des autres enfants dans le centre PTME (devenu CDV)  • Prise en charge du conjoint et des enfants séropositifs dans le centre de PEC / PTME.  o Intégration des APS dans les sites PTME à « grande cohorte. Voir ci-dessous APS). | Femmes Enceintes PVVIH et Famille |
|  |  | Mise en place d’une dispensation différentiée dans les sites PEC situés à proximité des zones minières. | Population Cles- miniers et PS. Kankan et Boké |
|  | Centre Communautaires | Vu la fréquentation des centres communautaire, inclus le dépistage et PEC.  Etablir des nouveaux Centres communautaires – Conakry et Kankan  1) Création d’un centre communautaire à Kindia (sur le modèle du centre de Conakry avec le constat d’une forte fréquentation de ce centre) avec offres :  o De dépistage  o De prise en charge (création PODI ? Mise en place d’une consultation médicale ?). | Populations Clé HSH et PS Conakry et Kankan |
|  | Centres De Sante Adaptée | Le lien entre la dépistage et la mise sur traitement dans les CSA doit être améliorer et un suivi proche de ceux qui sont dépister positive pour qu’ils soient mise sous traitement 1) Intégration de la prise en charge ARV et de la prophylaxie post exposition (PEP) dans les CSA à proximité des lieux de rencontre / fréquentation des populations clés.  o Ces CSA pourraient être localisés dans les villes / régions prioritaires mais ne disposant pas d’un centre communautaire et n’en ayant pas de projeté (en l’occurrence Conakry dans le premier cas et Kindia dans le second).  o Il serait utile de mener des entretiens qualitatifs avec les PC des villes pressenties pour l’intégration de la PEC dans des CSA de proximité, afin de déterminer quel est le recours actuel aux soins (dans quels CSA vont-ils) ou dans lesquels ils ne souhaitent pas aller (mauvaise expérience préalable). Cela permettrait de déterminer quels CSA serait prioritaire pour le renforcement des capacités et la mise à disposition de ressources pour la PEC des populations clés.  o Une fois déterminé les CSA éligibles pour l’intégration, il serait souhaitable de mettre en place une modalité de travail avec les personnels de ces centres de santé sur leurs représentations vis-à-vis des PC (une telle modalité à été développée par la Coalition Internationale Plus) et de l’intégrer dans une formation des personnels de santé à la prise en charge des PC. | Populations Clés HSH et PS |
|  | 28 Sites PEC | Amélioration de la rétention et qualité des services dans 28 sites PEC de 90% du cohorte. | PVVIH |
| **Formation / supervision / Mise en Place** | | | |
|  | Centres PEC et PTME | Tutorat clinique des personnels des nouveaux centres de PEC et des centres à « faible qualité » de prise en charge | Nouveaux centres dépistage – PEC (CDT intégrés dans la PEC, centres PTME transformés en PEC/PTME). Centres PEC à « faible qualité » suite à l’évaluation. |
|  | Centres PEC et PTME | Supervision formative des chefs de centres, chargés de la PTME, des pharmaciens | 26 centres de PEC à « grande cohorte ». Centres prioritaires PTME (après évaluation des 66 centres de PTME-en cours). |
|  | Communautaires | Réviser les guides de formation des APS pour intégrer les nouveaux enjeux et stratégies. |  |
|  | Communautaires | Formation des acteurs membres des populations clés : dépistage « index », éducation thérapeutique, mobilisation. | Zones d'intervention des unités mobiles et équipes mobiles. |
|  | Communautaires | Formation des membres des associations de PVVIH et APS pour l’éducation thérapeutique | Régions prioritaires (Kankan, Nzérékoré, Boké ?) |
|  | APS |  Augmentation du nombre d’APS déployés dans les sites à grande cohorte pour l’appui psychosocial et mobilisation familles et communautés pour le dépistage.   1 APS / 500 patients (mais à voir 1 APS pour 300 afin d’améliorer la qualité). |  |
|  | Réseaux Communautaires |  Groupes communautaires de traitement.  • Le GCT est un groupe créé par les personnes intéressées et avec une personne qui collecte les ARV pour les autres membres du groupe selon des modalités et une périodicité définie par les membres du groupe. Un tel groupe existerait déjà à Boké à l’initiative des PVVIH et du personnel soignant. | Réseaux / associations de PVVIH  Prescripteurs des sites de PEC |
| **Suivi - Biologique** | | | |
|  | 28 Sites PEC | Charge Virale  Vérifier que tous les prescripteurs des sites PEC sont formés  O Mettre en place un réseau de transport des échantillon (voir réseau de transport DBS) vers les laboratoires.   A noter : Solthis a calculé les ratios de machines par rapport aux besoins et par rapport aux ressources humaines disponible. La Guinée est couverte même si toutes les machines sont à Conakry.   Le rendu des résultats reste une problématique importante.   le projet OppERA mis en œuvre actuellement par Solthis sur financement Unitaid prend fin le 31 juillet 2019. Il est donc urgent d’opérationnaliser les appareils existants et d’optimiser le dispositif de prescription d’examens, collecte des échantillons et rendu des résultats. La spatialisation du dispositif de prise en charge permettra d’avoir une vision claire du rapport appareil / file active. |  |
| **Suivi - Evaluation** | | | |
|  | 28 sites à grande cohorte | Finaliser le déploiement du MSR | Staff de S&E |
|  | PNLSH / CNLS / Communautaire / Sites | Revoir les indicateurs et les fiches de collecte afin de les simplifier et d’inclure des données permettant la prise de décision  Revue et révision des indicateurs | SNIS et PNLSH et PLAN et autres acteurs VIH |
|  | 28 sites PEC  66 sites PTME | Formaliser un système de rapprochement périodique des données de la pharmacie et des données des patients pour améliorer la quantification et le suivi de la file active | Staff de S&E et Pharmacie |
|  | Niveau préfectoral / régional | Organiser une réunion bimestrielle de suivi des données de dépistage et de prise en charge pendant 6 mois | Régions prioritaires (Kankan, Nzérékoré, Boké ?) Objectif : soutenir la mise en œuvre des recommandations et développer des habtudes de suivi périodique incluant tous les acteurs. |
|  | 28 sites PEC | Développent du module patient tracker pour déploiement dans les 28 sites PEC. | SNIS, S&E et médecins prescripteurs – patient tracker. PNSLH |
|  | Ministère de la santé | Intégrer la Direction de la santé maternelle dans le suivi des activités de PTME | DSM |
|  | Régions sanitaires | Intégrer les actions / interventions prioritaires dans les prochaines lettres de mission des directeurs régionaux de la santé. | Ministère de la santé |
|  | Régions sanitaires | * Renforcer le suivi au niveau de 2/3 régions clés (Nzérékoré, Boké, Kankan) par la mise en place d’une revue des données relatives au dépistage (DCIS, Populations clés, PTME et Enfants) et à la prise en charge. Cette réunion peut se mettre en place au niveau préfectorale sur une périodicité mensuelle pendant les 6 premiers mois.   A noter : Plan International a débuté une expérimentation en prenant appui sur la réunion trimestrielle organisée pour le suivi des activités du paludisme. | Régions de N’Zérékoré, Kankan |
| **Quantification** | | | |
|  |  | Prendre en compte la modification de l’algorithme de dépistage et le retesting dans la quantification des intrants de | Equipe GAS du PNLSH  Pharmaciens des sites |

## **Notes sur le tutorat clinique**

Il s’agit d’une modalité d’accompagnement des centres et personnels de santé afin de :

* Créer un nouveau services (intégration de la PEC dans un CSA qui n’en faisait pas par exemple).
* Améliorer / intégrer un nouveau service dans un centre de PEC.

Une telle modalité serait à considérer au regard :

* Des évaluations des 28 principaux sites de PEC et des 66 sites de PTME (dont une partie sont des mêmes)
* Des constats des études menées qui montrent :
  + La saturation des services au niveau de Conakry. Une extension ne serait donc pas nécessairement prioritaire à Conakry
  + Le gap important de personnes à mettre sous traitement dans certaines régions comme en Guinée Forestière, ce qui croisé avec les éléments sur l’impact de la distance à parcourir pour les perdus de vue, oblige à réfléchir à intégrer la PEC dans certains CSA qui n’en font pas encore ou très peu.
  + La possibilité de transférer une partie de la file active actuelle des principaux centres de PEC vers de nouveaux centres de proximité.

En partant de cela, l’idée du tutorat clinique, qui a été notamment développé et mis en œuvre en RDC par la Croix Rouge et le PNLS, appliquée à cette situation consisterait à

* Proposer, sélectionner et former des personnels impliqués dans la prise en charge des principaux centres de traitement performant pour être des tuteurs pour les CSA ou d’autres structures / services à impliquer dans la prise en charge.
* Assurer une formation initiale VIH des personnels des centres visés au sein des Centres de Traitements VIH les plus importants avec les personnels impliqués dans la prise en charge.
* Assurer un tutorat des personnes nouvellement formées par les tuteurs des CTA avec deux modalités :
  + Les nouveaux personnels viennent assister aux consultations faites par les tuteurs (par exemple 1 fois par semaine pendant 2 mois). Ceci vise à renforcer leurs capacités par la pratique, mais aussi à ce qu’ils se familiarisent avec les personnes vivant avec le VIH prises en charge. Il s’agit de créer une relation de confiance qui sera nécessaire pour que des PVVIH acceptent le transfert de leur dossier dans les nouveaux sites.
  + Les tuteurs vont accompagner les nouveaux personnels pour leurs consultations (par exemple une fois par semaine pendant deux mois).

La mise en place d’un tel dispositif suppose de mettre en place une modalité de formation et de suivi des tuteurs en lien étroit avec le Programme national et avec les districts.

Le tutorat peut également représenter une modalité pour la supervision formative des personnels déjà impliqués dans la prise en charge pour améliorer la qualité des prestations.

Dans le contexte de la RDC, le tutorat a été utilisé pour les cliniciens mais également pour les biologistes, les gestionnaires de pharmacie, etc.

Quelles que soit leur qualité, les tuteurs ont pour rôles :

* D’apprécier la qualité de l’offre des soins aux PVVIH à travers la check list.
* D’échanger et partager l’information sur les notions de prise en charge avec les prestataires impliqués.
* D’apporter des éléments de précision sur les différentes préoccupations présentées par le personnel soignant.
* De participer aux différentes réunions de services /staff durant leurs missions.
* De chercher à initier des activités inexistantes dans les formations sanitaires comme par exemple le Dépistage à l’Initiative du Soignant, ou le soutien psycho-social.
* De développer au sein de la structure la participation du secteur communautaire (médiateur formé, groupe de soutien).
* Et d’élaborer le rapport d’activité détaillé de son tutorat – selon un rapport type (forces et faiblesses des situations rencontrées, propositions etc.).

Point d’attention :

* Critère et modalités de sélection de :
  + Sites tuteurs : une évaluation de la qualité est prévue sur les 28 sites majeurs de prise en charge ; Les données de cette évaluation donneront les éléments pour établir une classification des centres en fonction de l’output.
  + Personnels tuteurs : au sein des centres retenus, il est essentiel de déterminer quels personnels ont le profil (et l’intérêt à s’impliquer dans un tutorat).
  + Sites / personnels à tutorer : dans ce contexte, le tutorat serait une relation entre un site tuteur et un ou deux sites à tutorer (ne pas surcharger les sites tuteurs). Une modalité pour déterminer les sites à tutorer est de croiser :
    - L’origine géographique des personnes suivies dans le centre.
    - Quels quartiers ou villages ne disposent pas d’un CSA impliqués dans la PEC serait à prioriser ? pour faire quoi (dépistage, traitement ? renouvellement d’ordonnance ? etc.), quel site tuteur.
    - La volonté des personnels des sites visés de s’impliquer dans la PEC.
* Modalités de :
  + Formation des tuteurs : le tutorat demande une combinaison de savoirs et de savoirs – être et d’outils ; Une formation serait nécessaire des « futurs tuteurs » avec au besoin une sélection à la fin de la formation. Cette formation devrait être une formation – action avec :
    - Formation initiale
    - Formation continue sur les sites.
  + Suivi du tutorat.

1. « Nombre de femmes enceintes testées VIH positives ». Il n’est pas spécifié si ça inclue les femmes qui connaissaient déjà leur statut positif. [↑](#footnote-ref-1)
2. [2] Centres PTME qui ne sont pas situés dans la même enceinte que des centres de PEC [↑](#footnote-ref-2)