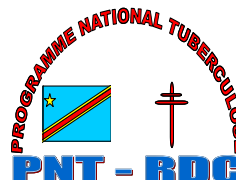


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH SIDA ET LES IST
En collaboration avec le
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE



**DOCUMENT DE REFERENCE ET CONTRE
REFERENCE
DES ACTIVITES DE LA COINFECTION VIH/TB**

SEPTEMBRE 2009



SOMMAIRE

- I. INTRODUCTION**
- II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**
- III. OBJECTIFS**
- IV. LES PRINCIPES DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE**
- V. ORGANISATION DE LA REFERENCE ET CONTRE REFERENCE DANS LE CADRE DE LA CO
INFECTION VIH/TB**
- VI. ANNEXES**

I. INTRODUCTION

Une réponse efficace dans la prévention du VIH et la prise en charge des PVVIH face à la multiplicité des stratégies de lutte contre le VIH/sida dans un contexte des ressources limitées et des difficultés d'accessibilité géographique, financière et culturelle nécessite une complémentarité des services offerts au niveau de la Zone de Santé afin d'assurer les soins globaux et continus aux malades qui en ont besoin ; cette complémentarité ne peut aboutir à des résultats positifs que si le système de référence et contre référence des malades entre les différentes structures impliquées dans la lutte contre le VIH/sida est bien organisé.

II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/sida en RDC a connu des progrès importants notamment l'élaboration du paquet minimum d'activités de lutte contre le VIH/sida dans les ZS. En effet, il est établi scientifiquement que les nouvelles infections liées à l'infection du VIH sont considérablement réduites dans une Zone qui offre un PMA complet prévention, soins et traitement du VIH.

Le PMA de la lutte contre le VIH/sida s'intègre dans la matrice de la stratégie de renforcement du système de santé tel que défini par le ministère de la santé qui a par ailleurs adopté cette stratégie pour améliorer l'état de santé de la population congolaise dans l'atteinte des objectifs de millénaire.

Cependant les difficultés suivantes sont constatées sur terrain, il s'agit de :

- les ressources limitées pour intégrer un PMA complet prévention, soins et traitement du VIH dans 515 ZS du pays
- la faible couverture des ZS en PMA complet VIH
- 50 % des ZS ont intégré les activités de LCS avec FM / R3 dont 68 % avec PMA complet
- 2 % des ZS intègrent un PMA complet avec FM / R7
- Soit 37 % seulement des ZS du pays ont un PMA complet
- La cartographie des interventions et intervenants pas élaborée dans la plupart des ZS
- Le non pérennité des financements (projets à durée déterminée et résultats statiques exigeants)
- le saupoudrage des activités
- le système de référence et contre référence n'est pas formellement organisé
- les victimes du VIH en général et en particulier les PVVIH n'ont pas accès aux soins globaux et continus selon les deux rapports d'évaluation de la prise en charge des PVVIH en RDC (2006, 2009)
- le déficit dans le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH car en 2001, l'OMS estimait qu'environ le tiers des personnes vivants avec le VIH/Sida dans le monde étaient co-infectés avec le mycobacterium tuberculosis ; par ailleurs le projet pilote IHC Bas Congo, Nord Kivu, a trouvé que chez les tuberculeux la séroprévalence VIH varie entre 13 et 17%. Tandis que, dans le rapport WHO 2008, la séroprévalence chez les nouveaux cas tuberculeux serait de 9,2% en 2006 en RDC.

Par souci d'assurer les soins globaux et continus de bonne qualité aux victimes du VIH , il est important que tous les responsables chargés du management ,de la coordination et de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/sida au niveau intermédiaire et opérationnel puissent organiser le système de référence et contre référence.

III. OBJECTIFS

Objectif général

Assurer la globalité et la continuité des soins dans la lutte contre le VIH/sida en faveur de la population de la RDC en leur assurant un système de référence et contre référence efficace

Objectifs spécifiques :

- doter les coordinations provinciales, les équipes cadres des zones de santé et tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida un outil de référence et contre référence pour leur permettre d'organiser le système de référence et contre référence dans le processus d'intégration de la lutte contre le VIH/sida dans la ZS
- doter les coordinations provinciales de deux programmes (VIH et TBC), les équipes cadres des zones de santé et tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida un outil de référence et contre référence pour améliorer le dépistage de la TBC auprès des PVVIH et vice versa.

IV. LES PRINCIPES DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE

- La référence et contre référence assure les soins globaux et continus aux malades dans un environnement à ressources limitées et dispersées
- la référence et contre référence doit être organisée comme un système ou un réseau qui comprend les structures de prévention et de prise en charge avec tous les acteurs œuvrant dans une espace géographique , sanitaire et démographique bien délimitée qui est la Zone de Santé , le district sanitaire ou la province selon le cas en tenant compte de la cartographie des interventions de lutte contre le VIH/sida , l'accessibilité géographique de la population aux structures qui offrent les services
- en sachant que ces services offerts sont complémentaires par rapport à chaque niveau opérationnel tel que défini par la politique sanitaire de notre pays conformément aux plateaux techniques de chaque structure :
 - niveau A : communauté
 - niveau B : centre de santé
 - niveau C : hopital general de reference
 - niveau D : cliniques universitaires/ CHU

- le paquet de lutte contre le VIH/sida dans une ZS détermine les services offerts à chaque niveau opérationnel
- Le PNLs a élaboré en 2008 un document normatif qui détermine les activités de lutte contre le VIH/sida à intégrer à différents niveaux de structures sanitaires et communautaires d'une ZS ; ce document est très important voire incontournable pour l'intégration des activités de lutte contre le VIH/sida et l'organisation du système de référence et contre référence dans une ZS
- les équipes de coordinations provinciales de lutte contre le VIH/sida du PNLs sont chargés d'accompagner les équipes cadre des ZS , les partenaires et tous les autres acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida lors de l'intégration des activités de lutte contre le VIH/sida et dans l'organisation du système de référence et contre référence en se basant sur deux éléments importants : la cartographie des interventions et intervenants puis le paquet minimum d'activités défini par PNLs national à côté des problèmes inhérents à l'accessibilité financière , géographique et culturelle
- la cartographie des interventions et intervenants permet aux responsables et acteurs chargés de la lutte contre le VIH/sida d'identifier les structures et les activités de lutte contre le VIH/sida intégrées dans ces structures de façon à orienter les malades vers les services offerts selon les besoins précis de ces derniers dans une espace géographique bien délimitée ;
- Il s'agit d'un document dynamique à actualiser chaque année compte tenu des instabilités de financements avec la logique d'intervention projet et non programme
- L'élaboration de ce document est une étape capitale dans l'organisation du système de référence et contre référence
- les capacités des acteurs impliqués dans ce système doivent être renforcées
- les outils traditionnels de gestion et de collecte des données utilisés dans les zones de santé lors de référence et contre référence des malades doivent prendre en compte les particularités de la lutte contre le VIH/ sida
- Assurer la communication permanente entre toutes les composantes du réseau
- Un mécanisme de suivi et de coordination permanente doit être assuré

V. ORGANISATION DE LA REFERENCE ET CONTRE REFERENCE DANS LE CADRE DE LA CO INFECTION VIH/TB

La prise en charge des cas co infectés VIH/TB est l'une des circonstances pratiques qui exige l'organisation d'un système de référence et contre référence entre les services chargés de dépistage et traitement de la TBC et ceux chargés de dépistage et traitement du VIH/sida car ces deux services peuvent être éparpillés dans une ZS ou un district.

Pour ce faire les principes énoncés ci haut seront pris en compte dans l'organisation de référence et contre référence des malades co infectés ;

Dans ce document deux circuits sont proposés dont :

- le circuit pour le malade PVVIH pour le dépistage et traitement de la TBC

- le circuit pour le malade tuberculeux pour le dépistage du VIH

Référence et contre référence TB – VIH

1. Une ZS avec un HGR qui a un PCA du VIH et TB avec des CSDT et CS avec PMA complet :
 - a. Dans la communauté nous avons des RECO formes en TB. Ces RECO réfèrent les suspects TB au CS.
 - b. Le dépistage de la TB et du VIH est fait au CSDT.
 - c. Le CSDT réfère le client au médecin prescripteur qui initie le TARV.
 - d. Le médecin prescripteur fait la contre référence du client au CSDT pour le suivi TB et VIH.
 - e. Le CSDT fait la contre référence du patient dans la communauté.

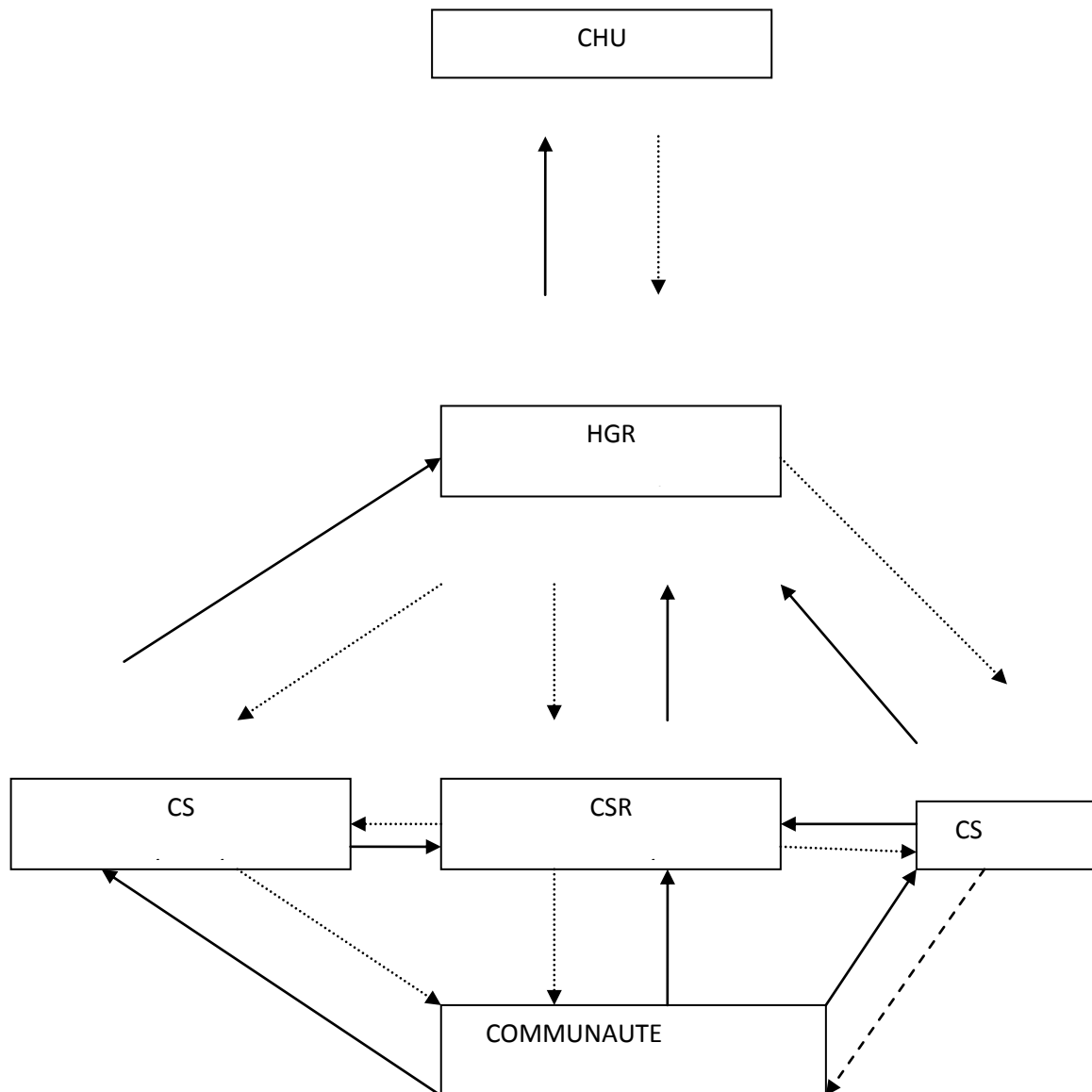
2. Une ZS avec un HGR qui a un PCA du VIH et TB avec des CSDT ou les CS n'ont pas de PMA VIH :
 - a. Dans la communauté nous avons des RECO formes en TB. Ces RECO réfèrent les suspects TB au CS.
 - b. Le dépistage de la TB est fait au CSDT puis le patient est référé à l'HGR pour le diagnostic du VIH.
 - c. Le médecin prescripteur assure le suivi du patient éligible pour le traitement aux ARV. Il fait la contre référence au CSDT.
 - d. Le CSDT fait la contre référence du patient dans la communauté.

3. Une ZS avec HGR et CS sans activités VIH, mais avec une structure privée qui a tout le paquet VIH :
 - a. Dans la communauté nous avons des RECO formés en TB. Ces RECO réfèrent les suspects TB au CS.
 - b. Le dépistage de la TB est fait au CSDT puis le patient est référé vers cette structure privée pour le diagnostic et la PEC du VIH.
 - c. Cette structure privée doit faire la contre référence au CSDT.
 - d. Le CSDT fait la contre référence du patient dans la communauté.

4. Une ZS sans activité VIH :
 - a. Dans la communauté nous avons des RECO formés en TB. Ces RECO réfèrent les suspects TB au CS.
 - b. Référer pour le diagnostic et la PEC du VIH dans la ZS voisine si celle a des activités VIH.
 - c. La ZS voisine doit faire la contre référence a la ZS ayant référé.
 - d. Le CSDT fait la contre référence du patient dans la communauté.

5. Référence au niveau D : tout cas qui ne trouve pas solution a l'HGR doit être référé au niveau D et celui-ci fera la contre référence.

Le circuit de référence et contre référence :



NB : La contre référence du CS vers la communauté ne concerne pas la PEC aux ARV.

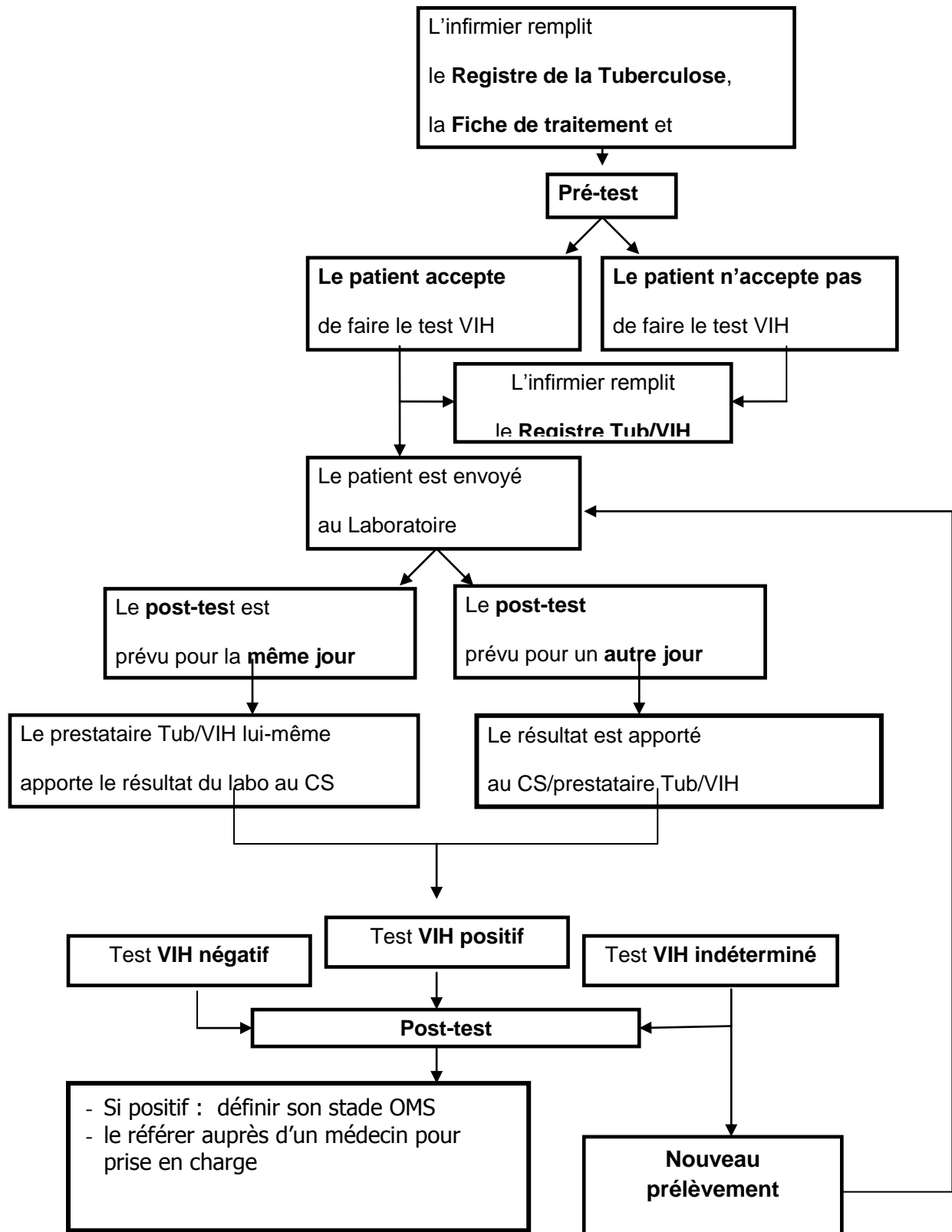
LE CIRCUIT DES PATIENTS A PORTE D'ENTREE TUBERCULEUSE

Le circuit des patients se fait selon une approche intégrée des soins dans la structure de santé.

Si la première maladie diagnostiquée est la tuberculose, le circuit des patients se fait comme suit :

- L'infirmier remplit le **Registre de la Tuberculose**, la **Fiche de traitement** et la **Carte de tuberculose**.
- L'infirmier fait une session de conseil pré-test individuelle dans un environnement privé. Si le patient accepte, l'échantillon est prélevé et envoyé au laboratoire avec un bon de labo pour conseiller. Si le patient refuse, l'infirmier accepte la décision du patient et remplit le **Registre de Tub/VIH** ainsi que le **Registre de Conseil** (si ce document est utilisé dans le centre).
- Quand le patient est envoyé au Laboratoire pour le test de dépistage, le laborantin l'inscrit dans le **Registre de labo (VIH)**
- L'infirmier TB fait le conseil post-test le même jour ou le jour après le dépistage et complète le **Registre Tub/VIH**
- Le prestataire s'assure du suivi des résultats au laboratoire
Si le **post-test** est prévu pour le **même jour**, le prestataire Tub/VIH lui-même apporte le résultat du labo au CSDT. Si le **post-test** est prévu pour un **autre jour**, le résultat est apporté du laboratoire au CSDT/prestataire Tub/VIH.
- Si le patient tuberculeux est VIH +, l'infirmier TB offre le traitement au Cotrimoxazole. L'infirmier TB remplit le Registre de Tub/VIH.

Algorithme pour le circuit des patients à porte d'entrée tuberculeuse



CIRCUIT POUR LES MALADES VIH POSITIF

Si la première maladie diagnostiquée est l'infection à VIH, le circuit des patients se fait comme suit :

- L'infirmier remplit le registre de prophylaxie, de prise en charge des infections opportunistes et de suivi des ARVs du patient séropositif.
- L'infirmier recherche des signes de tuberculose et propose systématiquement le dépistage de cette maladie au patient.
- Si le patient accepte et en cas de suspicion de tuberculose pulmonaire, l'infirmier invite le patient à se rendre au laboratoire. Si le patient refuse, l'infirmier accepte la décision du patient et remplit le **Registre de Tub/VIH**.
- Quand le patient est envoyé au Laboratoire pour le dépistage, le laborantin l'inscrit dans le **Registre de labo (Tuberculose)** et lui remet un crachoir. Le Patient sera invité à revenir deux jours de suite.
- Les résultats seront envoyés à l'infirmier.
- Si la tuberculose pulmonaire est avérée et que le patient est sous traitement antirétroviral, celui-ci sera adapté en fonction du traitement de la tuberculose : le patient devra être référé auprès d'un médecin.
- En cas de suspicion de tuberculose pulmonaire non confirmée par le Ziehl, le patient est référé vers un médecin pour la confirmation et la mise sous traitement.
- En cas de suspicion de tuberculose extra-pulmonaire, le patient est référé vers un médecin pour la confirmation et la mise sous traitement.
- Quel que soit le type de tuberculose, ce sera l'infirmier qui prendra en charge le suivi DOT du traitement.

Algorithme pour le circuit des patients à porte d'entrée VIH

