

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail- Justice -Solidarité
MINISTERE DE LA SANTE

14/03/2019



Guide de Mise en Place Rendez-vous à six mois :

*Un Modèle Différencié d'Accès au Traitement Antirétroviral :
L'espacement des visites pour les Personnes Vivant avec le VIH*



PNLSH/ONUSIDA/MSF-B

Table des matières

PREFACE :	2
REMERCIEMENTS :	2
GLOSSAIRE	3
Symboles	4
A. CONTEXTE	5
1. Qu'est-ce que le R6M ?	8
2. Cadre de mise en œuvre du R6M	10
2.1. Les conditions préalables à la mise en œuvre du R6M	10
2.2. Les avantages de la stratégie R6M	10
B. LA PREPARATION DE LA MISE EN OEUVRE DU R6M	13
1. Au niveau national:	13
b). Définir l'éligibilité médicale et les critères d'exclusion	15
2. Au niveau du centre de santé	18
C. LA MISE EN OEUVRE DU R6M DANS LES CENTRES DE SANTE	21
1. Volet soutien à l'adhérence	21
.....	21
2. .Volet médical.....	25
3. Volet pharmacie :	28
4. Volet laboratoire :.....	32
5. Volet suivi et évaluation	33
D. CONSIDERATIONS POUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS	34
1. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	34
2. Enfants de > 2 à 15 ans	34
E. LES ACTIVITES COMPLEMENTAIRES A LA VISITE DE R6M	36
1. Soutien à l'adhérence et support psychosocial.....	36
2. Etablir des options alternatives de réapprovisionnement	36
3. Dépistage d'index :	37
4. Rejoindre une association de PVVIH	37
F. LISTE DES ANNEXES ET DES DOCUMENTS DE REFERENCE	39
1. Liste de présence des participations à la rencontre de validation du Guide de la R6M	40
2. REFERENCES	41

PREFACE :

La stratégie R6M a commencé en 2013 à Conakry, en Guinée, dans le cadre d'une expérience pilote. Initialement la stratégie a été développée suite aux problèmes de rétention dans les soins des patients sous ARV. À cela s'ajoutait la nécessité de désengorger les centres de prise en charge des PVVIH, de réduire la charge du suivi de ces personnes pour le personnel, mais également de réduire le fardeau pour ces patients en termes de coûts de transport, de fréquence des visites médicales et de temps d'attente pour la récupération des ARV.

Pourquoi un guide de mise en place ?

Ce document a été créé pour guider la mise en œuvre des modèles d'espace de visites cliniques et du réapprovisionnement des ARVs aux centres de santé. Le guide présente le rôle et les avantages du R6M dans le contexte plus large des modèles différenciés des soins VIH, tant que les éléments clés à considérer avant, et pendant la mise en œuvre de ce modèle dans un centre de santé. Cet outil s'adresse aux autorités sanitaires (nationales, régionales et locales), au personnel de santé et autres acteurs de mise en œuvre impliqués dans la prise en charge du VIH. Le guide n'est pas prescriptif et peut être adapté au contexte local. Le modèle R6M fait parties d'un des possibles choix des modèles différenciés adaptés aux besoins et préférences du patient.

REMERCIEMENTS :

Le présent Guide de mise en place de rendez-vous à 6 mois est le résultat d'un long processus et d'une large participation des parties prenantes notamment des acteurs de la riposte contre le VIH. Depuis plusieurs semaines, les acteurs de tout horizon, sur la base de la revue des normes et procédures de l'accompagnement psychosocial, de prise en charge du VIH adulte, des évidences et du contexte national, ont permis de jeter les bases de la réponse nationale au sida pendant la période de la maladie à virus « Ebola ».

Bien que le sida reste la sixième cause de décès dans le monde, les progrès scientifiques sont si importants que, désormais, il n'est plus utopique d'imaginer un monde sans VIH. C'est cette vision qui a servi de pierre angulaire pour l'élaboration de ce Guide de la mise en place de la stratégie R6M.

Au terme de ce processus, je tiens à exprimer mes sentiments de gratitude à toutes les personnes physiques et morales qui ont contribué à son élaboration.

J'exprime également mes sentiments de gratitude à l'ensemble du personnel de MSF-B au Réseau d'association des personnes vivant avec le VIH (REGAP+, REFIG), à tous les acteurs de la riposte contre le Sida au Ministère de la Santé à travers le PNLSH pour la qualité du travail réalisé et pour les sacrifices consentis pour l'élaboration de ce document.

Le Coordonnateur National du PNLSH

Dr. Youssouf KOITA

GLOSSAIRE

SIGLES/ABRÉVIATIONS	SIGNIFICATIONS
ARV	Antirétroviral
CMC	Centre Médical Communal
CMM	Consommation Mensuelle Moyenne
CRASE	Conseil de Renforcement Adhérence en cas de Suspicion d'Échec thérapeutique
CV	Charge Virale
IO	Infection Opportuniste
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDV	Perdus De Vue
PEC	Prise En Charge
PODI	Point de Distribution Communautaire
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PTME	Prévention de la Transmission la Mère à l'Enfant du VIH
RXM	Rendez-vous à X mois
TARV	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humain

Symboles



Annex



Document de référence



Message important

A. CONTEXTE

En Guinée, l'épidémie du VIH est de type généralisé. Elle est de 1,7% au sein de la population générale avec des variations par région, par sexe, par âge et par groupe cible. Elle est plus élevée chez les femmes (2.1%) que chez les hommes (1.2%). De même, elle est plus élevée en milieu urbain (2.7%) qu'en milieu rural (1.2%). Il s'agit d'une épidémie concentrée parmi les groupes les plus exposés au risque en particulier les professionnelles de sexe (16,7%).

- 39% des PVVIH connaissent leurs statuts
- 51% des PVVIH diagnostiqués sont sous traitement
- 19% des PVVIH sous traitement ont la charge virale supprimée.

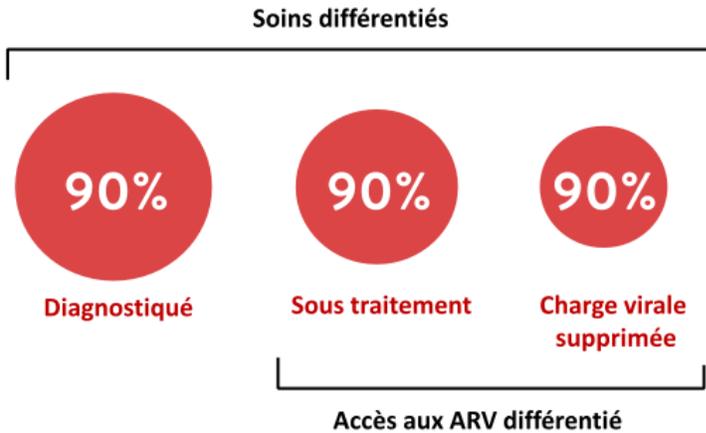
Depuis 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que toutes les Personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humain (PVVIH) soient mises sous traitement antirétroviral (TARV) (1). Pour pouvoir mettre ces lignes directrices en place dans des systèmes de santé déjà sous pression énorme face à une pénurie de ressources humaines et financières, il est nécessaire de différencier les méthodes d'approvisionnement des antirétroviraux (ARV) aux patients. Les soins différenciés ont pour but de simplifier et adapter les services VIH aux préférences des PVVIH, et de réduire la charge sur le système de santé, en créant du temps additionnel pour ceux avec les besoins majeurs.

Quand l'épidémie du virus d'Ebola a affecté le pays en 2014 et 2015, ce modèle différencié individuel a donné l'avantage d'une réduction de la fréquence des contacts des patients avec le centre de santé et des contacts interpersonnels, ayant pour conséquence une réduction du risque de transmission d'Ebola. Ce modèle pourrait donc s'avérer utile lors d'autres crises, afin d'éviter l'interruption du traitement lorsque l'accès aux structures de santé est limité ou interrompu. En 2018, plus de 55% de la file active des PVVIH dans les centres pilotes à Conakry, soit plus de 6,200 patients, bénéficient de ce modèle différencié de soins.

L'OMS recommande l'espacement des visites cliniques et de TARV moins fréquentes pour les patients stables depuis 2016 (6).

Recommandations OMS sur la fréquence des visites (6)

- Visites cliniques moins fréquentes (3-6 mois) sont recommandées pour les personnes stables sous TARV
- Visites de réapprovisionnement d'ARV moins fréquentes (3-6 mois) sont recommandées pour les personnes stables sous TARV.
- Des modèles de soins différenciés qui se sont développés dans les dernières années contribuent à la lutte globale pour atteindre les objectifs 90-90-90, i.e. 90% des PVVIH devraient connaître leurs statuts, 90% d'entre eux devraient être sous TARV et 90% des personnes sous TARV devraient avoir une charge virale (CV) supprimée (2).



Les modèles différenciés de soins incluent les modèles différenciés de l'accès aux ARV, qui pourraient être catégorisés comme :

- Les modèles **individuels** basés **dans les structures de santé**, dans lesquels les consultations cliniques et le réapprovisionnement des ARV ont été séparés, comme l'espacement des visites ou le circuit rapide.
- Les modèles **individuels** basés **en dehors de la structure de santé**, dans lesquels les consultations et/ou le réapprovisionnement des ARV sont fournis en dehors de la structure de santé, comme les pharmacies de communauté ou la livraison des médicaments à la maison.
- Les modèles de **groupe** gérés par **le personnel de santé**, dans lesquels les patients reçoivent leurs ARV en groupe dans la communauté et/ou le centre de santé par un membre du personnel de santé professionnel ou bien laïc, comme les groupes d'adhérence.
- Les modèles de **groupe** gérés par **les patients**, dans lesquels les patients eux-mêmes gèrent le groupe ou ils reçoivent leurs ARV.

Le patient se retrouve toujours au centre des modèles, qui sont construits à base des mêmes quatre questions : **Quand, Où, Qui et Quoi** (3).

Comme exemple, dans les **circuits rapides** au **Malawi** rurale, les patients « stables » reçoivent les ARV pré-emballés tous les trois mois dans la pharmacie du centre de santé par un travailleur communautaire de santé, bien que les consultations cliniques et les prescriptions soient conduites tous les six mois dans le centre de santé par des infirmières (4).

Au Zimbabwe, le **groupe de réapprovisionnement d'ARV communautaire** permet aux patients « stables » d'aller chercher les ARV pré-emballés pour les autres patients au centre de santé et de le livrer dans la communauté. Les consultations cliniques, menés par des infirmières, sont faites en groupes de la même communauté tous les 6-12 mois au centre de santé (3).

Ce document focalise sur un modèle d'espacement des rendez-vous cliniques et de réapprovisionnement d'ARV, le modèle **Rendez-vous à six mois ou « R6M »**, piloté en Guinée. Le modèle peut être combiné avec d'autres modèles comme les groupes de réapprovisionnement communautaires ou des pharmacies dans la communauté.

QUAND	OU
Mensuellement Tous les 2 mois Tous les 3 mois Tous les 6 mois	Hôpital Régional/CHU CMC/hôpital préfectoral
	Centre de santé/ centres médicaux associatifs
	Poste de santé
	Communauté
	A la maison
QUI	QUOI
Médecin	Initiation ART
Aides de santé	Réapprovisionnement ART
Infirmier/e Sage-femmes ATS	Suivi clinique
Pharmacien/ne Assistants de Pharmacie Technicien de laboratoire	Soutien d'adhérence
Patient	Tests de laboratoire
Pair	Traitement IO
Famille	Soutien psychosociale

L'espace des visites cliniques avec un accès direct du patient à la pharmacie	Clubs d'adhérence		Points de distribution communautaires d'ARV	Groupes de traitement d'ARV communautaires
	Clubs basés dans les centres de prise-en-charge	Clubs basés dans la communauté		

1. Qu'est-ce que le R6M ?

La stratégie « Rendez-vous à six mois », ou « R6M », est un modèle de livraison différencié des ARV, dans lequel les patients éligibles se rendent au centre de santé tous les six mois pour une consultation clinique, l'analyse de leur CV, et un réapprovisionnement de leurs ARV par un infirmier.

Après un an stable sous R6M, la visite clinique et le test CV sont réalisées une fois par an. A partir de ce moment, les patients peuvent se réapprovisionner après six mois dans un endroit de réapprovisionnement alternatif, par exemple dans la communauté.



	Réapprovisionnement d'ARV	Consultation clinique	Consultation d'observance
QUAND	Chaque 6 mois	Chaque 12 mois	Chaque 6 mois
OU	Centre de santé Communauté	Centre de santé	Centre de santé Communauté
QUI	Pharmacien/assistant de pharmacie Infirmier ATS Médiateur Pair formé	Infirmier	Médiateurs ou APS
QUOI	ARV pour 6 mois	Charge virale Consultation clinique	Suivi de l'observance


 Menée par la structure sanitaire


 Menée par le patient

QUAND	OU
	Hôpital Régional/CHU CMC/hôpital préfectoral
Mensuellement	Centre de santé/ centres médicaux associatifs
Tous les 2 mois	Poste de santé
Tous les 3 mois	Communauté
Tous les 6 mois	A la maison
QUI	QUOI
Médecin	Initiation ART
Aides de santé	Réapprovisionnement ART
Infirmière/e Sages-femmes ATS	Suivi clinique
Pharmacien/ne Assistants de Pharmacie Technicien de laboratoire	Soutien d'adhérence
Patient	Tests de laboratoire
Pair	Traitement IO
Famille	Soutien psychosociale

2. Cadre de mise en œuvre du R6M

2.1. Les conditions préalables à la mise en œuvre du R6M

- **Volonté politique et coordination :**

La politique nationale de dispensation des ARV doit être adaptée pour que l'espacement des réapprovisionnements soient permis.

- **Une chaîne d'approvisionnement adéquate en ARV**

La mise en œuvre de la stratégie R6M dépend principalement de la disponibilité des ARV dans les centres de santé où elle prend place. Les pharmaciens ou responsables de pharmacie ont un rôle crucial à jouer pour assurer que les commandes soient complètes et faites à temps. Le système d'approvisionnement national et régional, ainsi que les quantités d'ARV livrées doivent être stables pour éviter des ruptures et maintenir la stratégie.

- **Un bon système de suivi et évaluation**

Un bon système de suivi et évaluation est essentiel pour le bon fonctionnement de la stratégie R6M. Ce système peut être sous forme papier ou électronique. Les outils doivent permettre d'estimer les besoins en approvisionnement par régime thérapeutique en anticipant les nombres de patients qui viennent chaque mois et leurs besoins en ARV. Le système doit être intégré au système national de suivi et évaluation.

- **Une bonne couverture de la mesure de charge virale**

Idéalement, les patients seront inclus dans la stratégie R6M sur base des résultats de leur dernière charge virale. Pour cela, il doit y avoir des services de dépistage charge virale dans le centre de santé, un accès à un laboratoire qui permet un retour de résultats avec un délai acceptable. À défaut, les critères cliniques et immunologiques peuvent être appliqués. Dans ce cas, il doit y avoir un accès à la mesure CD4.

- **Une prise en charge médicale et d'accompagnement psychosocial de qualité**

Les patients sur R6M stables n'ont que deux points de contact avec le système de santé par an. C'est donc important que les consultations cliniques soient d'une bonne qualité pour pouvoir évaluer les critères d'inclusion et d'exclusion du R6M. L'accompagnement psychosocial est également un élément nécessaire qui permet de renforcer les messages relatif à l'adhérence et de soutenir les patients dans leur chemin vers le R6M.

- **Une volonté des patients**

Un des préalables plus importants pour la mise en œuvre du R6M est une demande faite par les patients, qui considèrent cette option d'approvisionnement comme un moyen pour améliorer leur vie. Quand les patients sont bien informés et mis en pouvoir pour prendre en charge leur traitement le R6M peut être un succès.

2.2. Les avantages de la stratégie R6M

Avantages pour le patient

- Réduction du fardeau des soins

Avantages pour le système sanitaire

- Dégorgement des centres de santé

Avantages pour les patients et le système sanitaire

- Bons résultats de santé
- Solution en situation d'accès limité au centre de santé

- **Réduction des inconvénients pour les patients**

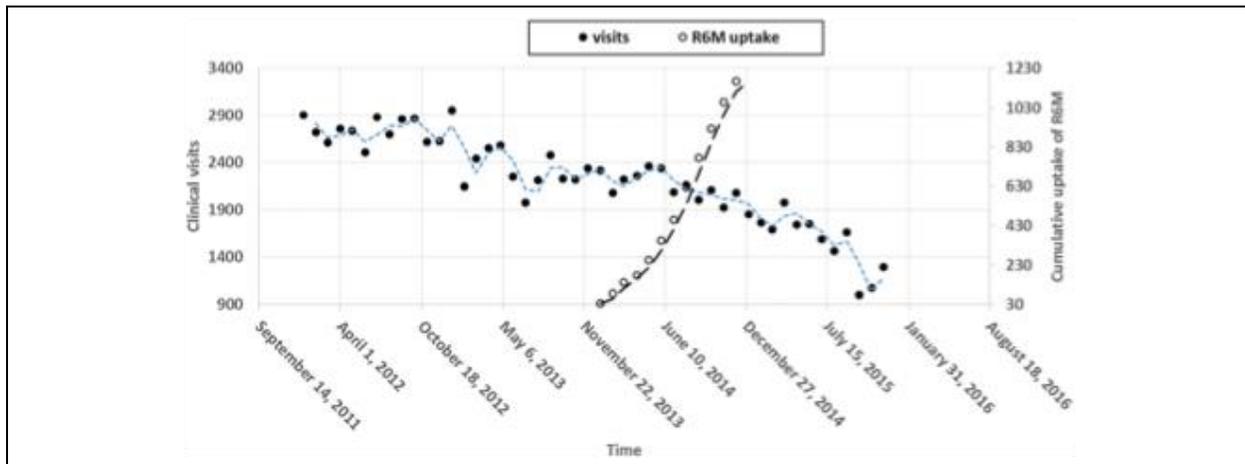
- Pour les patients qui sont stables sous ARV, il n'est pas nécessaire de voir un clinicien ou un médiateur tous les mois. Les patients sous R6M ne viennent au centre de santé que deux fois par an, ce qui leur épargne des coûts de transports et du temps, comparativement aux patients qui passent aux centres tous les mois, ou tous les deux mois.

- **Bonne rétention dans les soins**

- La stratégie R6M a démontré de bons résultats de rétention des patients dans les soins. Une étude rétrospective dans un des centres de santé de 2014, pendant l'épidémie du virus d'Ebola, montrait une rétention dans les soins de 98.2% à 6 mois, 96.3% à 12 mois et 95.8% à 18 mois en R6M. Dans le groupe des patients auto-sélectionnés en R6M il y avait aussi moins d'attrition générale dans le temps, y inclus mortalité et perte de vue, que dans un groupe éligible mais pas en R6M (7). Au début de 2018, dans les centres de santé soutenus par MSF à Conakry, il y a toujours une rétention de 84.4% parmi patients qui ont commencé R6M en 2014, 83.3% parmi ceux qui ont débutés en 2015, et de 85.1% de ceux qui sont sous R6M depuis 2016 (8).

- **Possible réduction de charge de travail pour le personnel de santé.**

- Les points de contacts du personnel de santé avec les patients sont réduits dans les structures avec R6M. Entre Janvier 2014 et Décembre 2015, le nombre de visites cliniques a réduit avec 50% dans le centre de santé de Matam avec la mise en place du R6M (7).



Une analyse de 2017 a montré qu'en pratique 56% des patients sous R6M effectivement font les deux visites du centre de santé nécessaires par an, bien que les autres en font plus ou moins. En moyenne, il y a eu 2.5 visites par patient R6M en 2017 (9). Le temps additionnel libéré pour les cliniciens peut être dédié aux cas de patients plus sévères ou plus difficiles.

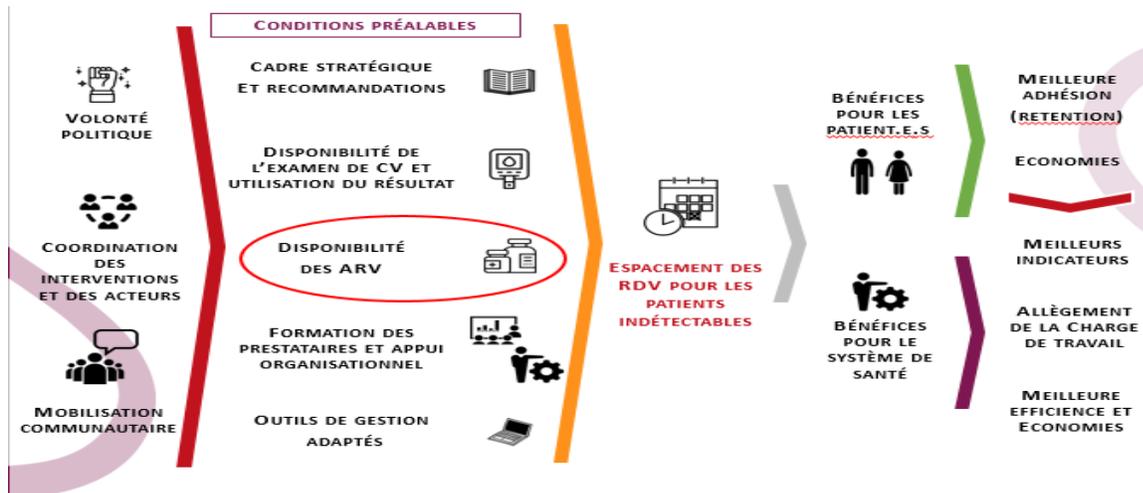
Une solution pour des situations de crise

La mise en œuvre de la stratégie R6M a connu une accélération pendant l'épidémie du virus d'Ebola, quand l'utilisation des structures de santé a diminué pour limiter la transmission (7). La stratégie R6M permettait de donner une continuation aux soins TARV en réduisant les points de contact avec les centres de santé et ainsi le risque de la transmission d'Ebola. Cette stratégie pourrait donc assurer la continuation du traitement lors de crises comme des tensions politiques ou d'épidémies qui limitent l'accès aux services de santé.

L'introduction du R6M dans les sites pilotes en nouvelles inclusion par mois, et les cas d'Ebola comptés en Guinée par mois entre janvier 2014 et mai 2018 (10).

Une possible moindre exposition à la stigmatisation

La stigmatisation des PVVIH, y compris de la part des travailleurs de santé, est une des barrières importantes pour la continuation du traitement ARV en Guinée. Grâce à la diminution des visites aux centres de santé les patients R6M sont moins exposés à une potentielle discrimination ou stigmatisation résultant de leur statut VIH. Par contre, le modèle d'espacement de visites en soit n'inclut pas de support par les pairs ou d'aspect communautaire. Il y a donc un risque que le patient, prenant soin de son statut de manière individuelle, se sente isoler et souffre d'auto-stigmatisation. C'est pour cette raison qu'il faut – là où c'est possible – intégrer le modèle d'espacement de visites à d'autres modèles qui incluent du support par des pairs ou par la communauté, comme par exemple les pharmacies communautaires gérées par des pairs ou des groupes d'adhérence



B. LA PREPARATION DE LA MISE EN OEUVRE DU R6M

1. Au niveau national:

1. Cadre stratégique (Guide d'espace de rendez-vous)
2. Stratégie (Plan de mise à l'échelle)
3. Plan de distribution / adaptation GAS (chaîne approvisionnement)
4. Stratégie nationale pour la CV (voir pour la mise en œuvre)
5. système d'information sanitaire niveau Nationale)
6. _Prise en compte de la fidélisation des APS dans le doc de normes et procédures APS

Analyse de la situation:

- Avant de commencer la stratégie R6M, il est important d'avoir une connaissance claire sur certains aspects du système existant.
- Des facteurs importants sont à prendre en compte :
- Les barrières à la rétention dans les soins pour les PVVIH sous traitement
- Les directives nationales de TARV en termes d'éligibilité au traitement et régimes ARV utilisés révisées en février 2018.
- La politique nationale sur la fréquence de réapprovisionnement des ARV et d'autres médicaments chroniques
- Le nombre de sites de prise-en-charge (PEC) des PVVIH et de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME) dans le pays et leurs emplacements
- L'accès au dépistage par la charge virale dans les sites de PEC et de PTME
- Le nombre de PVVIH sous ARV dans ces sites et leurs régimes d'ARV utilisés en pratique.
- Les outils (en papier ou électroniques) de suivi des patients et de la gestion des ARV au niveau des centres de santé et au niveau régional
- Le fonctionnement du système d'approvisionnement en termes de fréquence des commandes et des livraisons, et la disponibilité des ARV aux niveaux national et régional.
- La prise en compte de la fidélisation des APS dans le document de normes et procédures APS

Décider d'un plan d'introduction

Au début de l'introduction au niveau national, les parties prenantes doivent décider d'un plan d'introduction pour éviter de mettre trop de fardeau immédiat sur le système de santé et d'approvisionnement.

Pour la cohorte des centres pilotes à Conakry, la stratégie R6M a été introduite d'une manière plutôt graduelle. Les différents centres de santé ont été inclus graduellement et les critères d'inclusion ont évolué, passant des patients stables sous ARV pendant un an aux patients stables après six mois sous ARV. Par ailleurs, les critères nationaux d'initiation aux ARV ont évolué avec les directives OMS des taux de CD4 de 200, 350 et 500 cellules/mm³ jusqu'à l'initiation d'ARV pour tous les PVVIH au début de 2017. Le

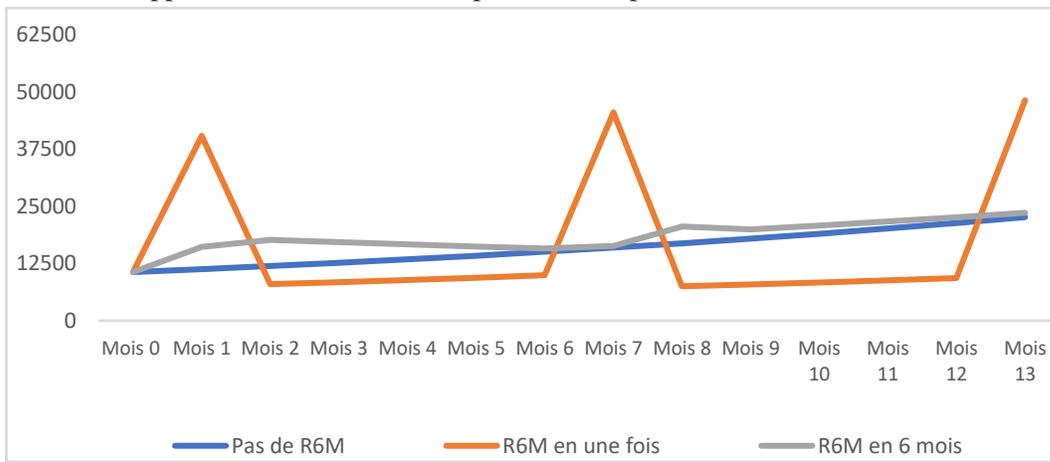
résultat de cet introduction en phases est qu'en termes de nombre des visites au centres et en besoin d'ARV, les patients sous R6M (55% de la cohorte), se sont divisés presque également sur le semestre. C'est-à-dire, chaque mois, le besoin en ARV dans le centre est plus ou moins de la même quantité.

Par contre, une nouvelle introduction dans un pays où tous les patients sont déjà éligibles aux ARV peut mener à des grands changements en termes d'approvisionnement et de nombre de visites par mois.

a). Scénarios d'introduction R6M

La figure suivante illustre le besoin en ARV pour une cohorte hypothétique de 10,000 patients au mois 0, avec 6% de nouvelles inclusions par mois, une rétention de 100% et une éligibilité R6M de 55% (basé sur les données de la cohorte MSF) pour trois scénarios :

Scénario 1 : Approvisionnement mensuel pour tous les patients



Scénario 2 : Introduction R6M pour tous les patients éligibles, à partir de mois 1.

Scénario 3 : Introduction R6M graduelle sur un semestre, à partir de mois 1.

Dans le scénario 3, la cohorte éligible a été divisée en six, et chaque mois une partie de ces patients est mis sous R6M.

En termes des visites par mois, il y a aussi un grand impact de la stratégie d'introduction. La figure suivante illustre les visites des patients sous les mêmes scénarios.

Il existe un impact important de la stratégie R6M sur le nombre de visites et sur les besoins en ARV. Si le plan d'introduction prévoit une phase de R3M, il y aura aussi un impact. Une simulation d'une introduction de R3M sous les mêmes critères est visualisée en annexe. Il est recommandé de faire une introduction graduelle, au niveau national tant qu'au niveau des centres de santé.



Annexe 1 : Scénarios d'approvisionnement R3M

A niveau national, il est conseillé de commencer avec une sélection de sites et d'ajouter d'autres sites graduellement. Les critères d'inclusion de sites de pilotage peuvent être :

- ✓ Taille de la file active
- ✓ Données disponibles de la file active et des régimes disponibles
- ✓ Accès à la charge virale
- ✓ Accès aisé au réapprovisionnement d'urgence d'ARV (proximité de la pharmacie centrale)
- ✓ Nombre de patients qui habitent loin du centre de santé

b). Définir l'éligibilité médicale et les critères d'exclusion

Jusqu'à aujourd'hui en Guinée, seuls ses patients stables ont été inclus dans le R6M. Mais comment définir « stable » ? Pour la mise en œuvre des modèles différenciés de soins, dans des contextes différents, des définitions plus ou moins strictes sont utilisées (3). La bonne définition dépend des besoins des patients dans le contexte et du modèle proposé, et elle peut changer en fonction de la situation actuelle et graduellement inclure des critères de plus en plus flexibles. La définition proposée par l'OMS pour les patients stables, inclut les critères suivants (6) :

- *Sous ARV pour au moins 1 an*
- *Absence d'effets indésirables des médicaments nécessitant un suivi régulier*
- *Bonne compréhension de l'adhérence*
- *Preuve d'adhérence en forme de 2 mesures CV consécutives < 1000 copies/ml*
- *Absence d'autres maladies*
- *Femme pas enceinte ou allaitante*

Les équipes qui travaillent depuis 2013 avec la stratégie en Guinée proposent des critères suivants pour l'inclusion au R6M :

Critères d'inclusion pour le R6M :

- ✓ *Age ≥ 2 ans sous la responsabilité d'un parent sous R6M ou un tuteur ou âge ≥ 15 ans*
Proposition : commencer avec le R3M chez les enfants
- ✓ *Couple mère/ enfant en R3M*
- ✓ *Attention à la variation de poids de l'enfant et le suivi surtout pour les cas des orphelins*
- ✓ *Sous ARV (première ou deuxième ligne) pour au moins 6 mois*
- ✓ *Preuve d'adhérence en forme de 1 mesure CV de < 1000 copies/ml ou en cas d'absence de mesure CV, un compte CD4 de >350 cellules/mm³*
- ✓ *Absence d'infections opportunistes majeures (e.g. Tuberculose, Kaposi Sarcoma)*
- ✓ *Absence d'effets indésirables majeurs aux ARV*
- ✓ *Femme pas enceinte ou allaitante**
- ✓ *Sous ARV n'ayant pas besoin de chaîne de froid*

*Pour les femmes enceintes l'option R3M est proposée sous des critères spécifiques (p. XX)

Il est également crucial de définir les critères d'exclusion du R6M. En Guinée, on propose que les personnes déjà sous R6M soient exclues du R6M et reviennent dans les soins réguliers dans les cas suivants:

- ✓ *Une charge virale ≥ 1000 copies/ml*
- ✓ *Grossesse*
- ✓ *Infection opportuniste majeure*
- ✓ *Effets secondaires majeurs aux ARV (e.g. insuffisance rénale)*
- ✓ *Problèmes d'adhérence*

Assurer l'approvisionnement continue des ARV

En fonction de la file active existante, des nouvelles inclusions par mois, des critères d'inclusion, et du plan d'introduction, il est possible de faire une prévision du besoin en ARV par mois et par an. Un outil existe qui peut être utilisé pour modéliser les prévisions nationales pour l'introduction de RXM et du dépistage et traitement (11).



Annexe 2 : Outil de calcul RXM et dépistage et traitement

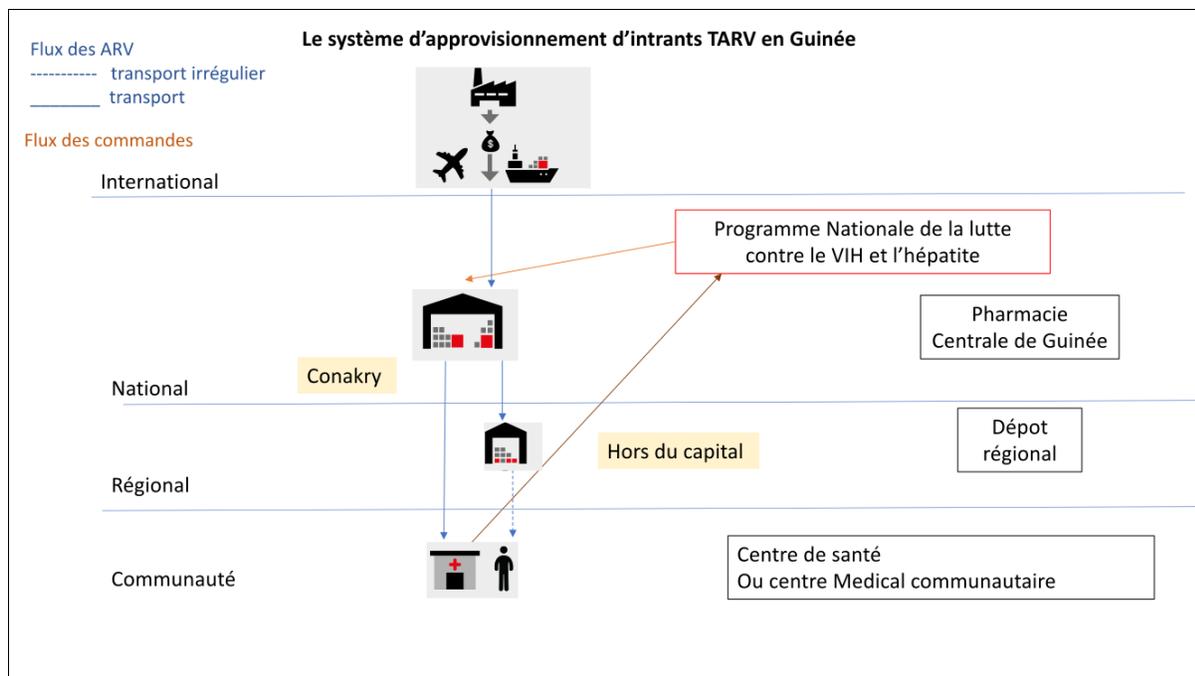
Quand l'introduction du R6M est faite d'une manière graduelle sur six mois, l'impact sur les besoins totaux en ARV est limité, mais il existe un impact sur les besoins immédiats à l'introduction. Car la stratégie dépend de la disponibilité des ARVS, un système solide d'approvisionnement national préalable pour l'introduction doit inclure les aspects suivants :

- Un plan d'approvisionnement clair et bien communiqué avec tous les acteurs concernés, spécifiquement :
 - Le chronogramme des commandes attendues des centres de santé pour exprimer leurs besoins
 - Les outils à utiliser pour la commande et pour la livraison
 - Le chronogramme des livraisons des intrants par la pharmacie Central de la Guinée (PCG) et par les responsables des dépôts régionaux
 - Les responsabilités pour le transport des commandes, des médicaments et des rapports
 - Un plan pour l'approvisionnement en carburant et la maintenance des véhicules utilisés.
- Idéalement, un stock d' au moins six mois d' ARV avec une date de péremption de plus de six mois existe toujours au pays. À tout moment, un stock tampon de trois mois d' approvisionnement minimum doit exister à niveau national pour toute la file active du pays.



Si le stock tampon national tombe en dessous de trois mois d' approvisionnement, un système de réapprovisionnement international d' urgence doit être déclenché le plus vite que possible afin d' éviter les ruptures et assurer la continuation de l' approvisionnement et le traitement des patients.

- A l' intérieur du pays, des moyens d' alerte et d' approvisionnement d' urgence doivent exister au cas où il existe des problèmes de pénuries dans les structures de mise en œuvre. À tout moment, les centres doivent disposer d' un stock tampon d' un mois d' approvisionnement pour toute la file active.
- La fréquence de livraisons de médicaments dans les centres doit être supérieure ou égale à la fréquence de réapprovisionnement des patients, et la fréquence de réapprovisionnement idéalement est un multiple de la fréquence de livraison aux centres.



Assurer des outils d'information et de promotion du R6M aux patients

Pour informer les patients sur la possibilité de commencer le R6M, les avantages, les préconditions individuelles et les droits et devoirs des patients il faut du matériel de communication et d'information. Ces outils peuvent être utilisés dans la sensibilisation et les sessions d'éducation à la santé de groupe, dans les sessions de conseil individuel au début du TARV, l'heure des consultations cliniques et à la pharmacie pendant le réapprovisionnement des ARV. En fonction du contexte, ces outils peuvent prendre la forme d'un dépliant ou une affiche avec des dessins pour renforcer les messages. S'il y a un texte écrit, il est important de le traduire dans les langues locales.

Le minimum d'information à passer doit répondre aux questions suivantes, d'une manière claire et simple :

- ✓ *Qu'est-ce que le R6M ?*
- ✓ *Quelles sont les avantages du R6M ?*
- ✓ *Qui est éligible et quand ?*
- ✓ *Quand est-ce que le patient doit se présenter au centre de santé ?*
- ✓ *Comment préserver les médicaments ?*

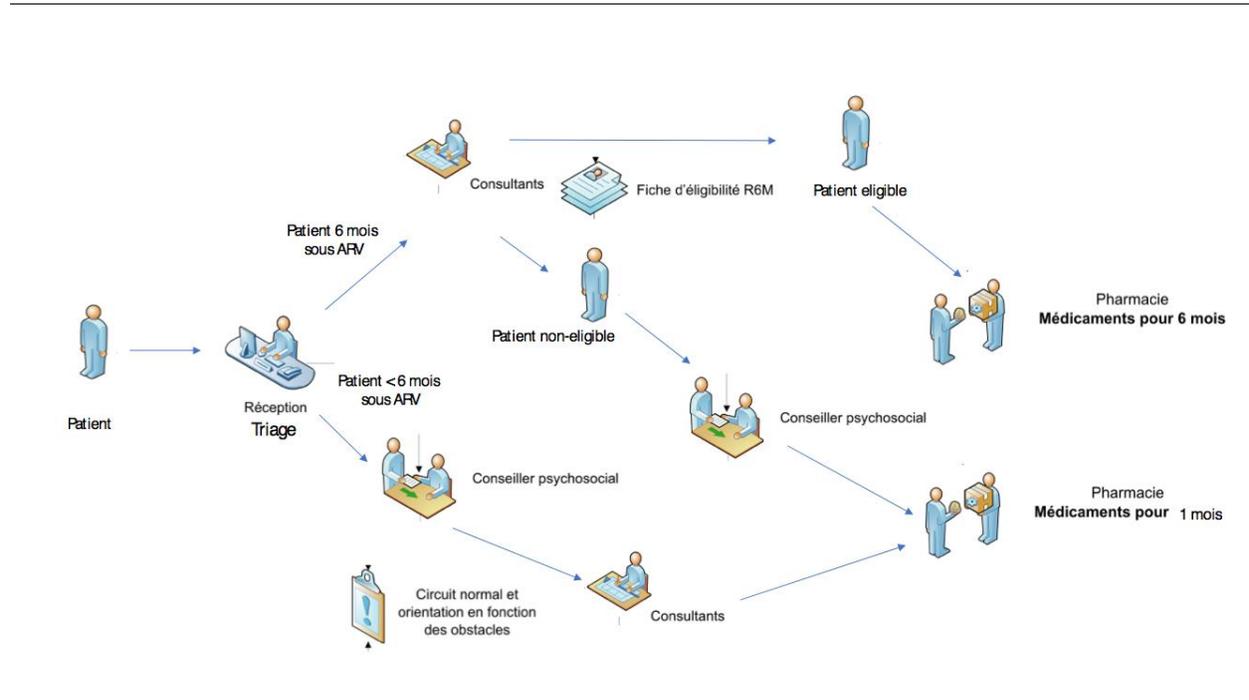


Pendant une introduction graduelle du R6M, seulement une partie (un sixième) des patients sera mise sous R6M chaque mois pendant les premiers six mois. En cas de pénurie de médicaments, une introduction de R3M peut être faite. Il est important de bien informer les patients de cette phase d'introduction. Il est possible de donner priorité aux patients stables qui habitent loin du centre de santé.

2. Au niveau du centre de santé

Identifier le flux des activités et des patients

Le personnel du centre de santé prêt à commencer le R6M doit s'assurer que le flux des patients et les activités sont clairs pour tout le monde. Le plan peut être différent par centre, dépendamment des ressources humaines. Chaque centre, après avoir défini le triage et le flux, devra imprimer une affiche avec le plan et s'assurer que tout le personnel est au courant.



Exemple d'un flux pour les patients R6M au niveau du centre de santé

Assurer la présence et la formation du personnel de mise en œuvre

La stratégie R6M doit être intégrée dans le système sanitaire existant et ne nécessite aucun membre de personnel additionnel au niveau du centre de santé. Le personnel existant doit être formé pour suivre le bon circuit et assurer des soins de qualité. Dans certains centres il y aura des personnes qui portent plusieurs responsabilités. Il est recommandé de faire une formation avec toutes les personnes de la mise en œuvre et d'identifier qui prend quel(s) rôle(s) et responsabilité(s).

Le personnel clef engagé dans la stratégie R6M inclut :

Le gestionnaire du centre de santé

Comme responsable général du centre, le gestionnaire doit premièrement être d'accord et soutenir la mise en œuvre du R6M. Cette personne doit être bien au courant de tous les aspects du R6M pour donner un suivi général, soutenir les rôles et activités des autres acteurs et assurer le bon rapportage.

Les consultants

Les consultants sont des acteurs clés pour la mise en œuvre du R6M car ils ont la responsabilité d'inclure les patients sur base des critères d'inclusion, de prescrire le R6M et de demander une prise de sang pour la charge virale. Après la mise sous R6M, ils sont les points de contact principaux pour le suivi médical des patients et la potentielle exclusion de R6M. En Guinée, les infirmières et

les médecins peuvent faire les consultations cliniques et prescrire les médicaments ARV. Les consultants doivent être bien informés des directives nationales de traitement du pays.

Les médiateurs

Au centre de santé, tout le personnel qui rentre en contact avec les patients s'engage à donner les messages pour améliorer l'adhérence des PVVIH. En Guinée, les médiateurs en particuliers ont un rôle très important dans la promotion du R6M chez les patients, la préparation des patients dans les mois avant de commencer le R6M et dans le soutien à l'adhérence pour les patients avec une CV élevée. Les médiateurs doivent être bien informés de toutes les procédures R6M, des messages clés à donner aux patients, ainsi que des procédures nationales de l'accompagnement psychosocial.



Document de référence : Normes et procédures de l'accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH en Guinée

• Le responsable de la pharmacie

Le responsable de la pharmacie a un rôle crucial car un des principaux préalables du R6M est la disponibilité des ARV. Il est donc important pour le responsable de la pharmacie, ainsi que les gestionnaires de stock (si différent) d'avoir une bonne formation dans la gestion de la pharmacie et l'élaboration de la commande des intrants nécessaires pour le R6M. Les pharmaciens doivent être bien informés sur les directives nationales de l'approvisionnement du pays et ces informations doivent faire partie des formations R6M fournies aux pharmaciens.



Document de référence : Guide National de Quantification

• Le responsable du laboratoire

Le dépistage par CV est moyen de suivi clinique le plus important des patients sous R6M. Il faut donc assurer une gestion précise des échantillons de sang, un transport rapide au laboratoire central et un retour des résultats sans délai non-nécessaire. En absence de la CV, le mesure CD4 est utilisé. Le responsable pour le laboratoire doit donc être au courant des procédures R6M et celles-ci doivent être incluses dans les sessions de formation.

• Le gestionnaire des données

La personne responsable pour la gestion des données et le rapportage a également un rôle très important. Cette personne doit être au courant des outils utilisés et les chronogrammes pour le rapportage au programme. La personne devra être également formée sur les procédures R6M et les données à rapporter. Il doit établir une bonne communication avec le responsable de la pharmacie pour connaître les besoins en ARV par mois en fonction des visites de patients attendues.

Assurer l'approvisionnement des ARV pour commencer le R6M

En termes de stratégie d'approvisionnement par site de PEC, il est conseillé de faire une introduction graduelle par site, sur une période de six mois (cf. scénario 3). Dans ce cas, la file active éligible est divisée en six groupes et chaque mois un groupe est mis sous R6M. La totalité des six groupes est donc mise sous R6M sur un semestre.

Dans ce cas, l'introduction du R6M augmente le besoin en ARV surtout dans les premiers trois mois. Pour cette raison, avant de commencer le R6M, il est conseillé de commander un stock qui couvre six fois le besoin en ARV au mois 0 pour tous les ARV concernés.

Calcul de la première commande :
Besoin en ARV au mois 0* X 6 (- stock existant utilisable**)

Dans cette formule :

*Le besoin en ARV au mois 0 est calculé en ordre de préférence par :

- Le nombre de patients par régime (si les données sont disponibles)
- La consommation de mois 0 si la consommation mensuelle est régulière
- La consommation mensuelle moyenne (CMM) des trois derniers mois si la consommation mensuelle n'est pas régulière

** le stock existant utilisable :

Stock présent non périmé ou détruit, et d'une quantité inférieure à la consommation prévue avant la date de péremption (pas pré-périmée).

En cas de pénurie de médicaments, il est aussi possible de commencer par R3M, en donnant trois mois d'approvisionnement aux patients stables. Dans ce cas, si le but final est le R6M, il est encore conseillé de diviser les patients éligibles en six groupes et de donner R3M à chaque groupe pendant un semestre d'introduction. Après un semestre, quand l'approvisionnement est plus stable, les patients sous R3M peuvent recevoir six mois d'approvisionnement.

Comme dans une situation sans R6M, les états de stock doivent être évalués chaque mois. Le stock tampon doit couvrir au moins un mois de consommation à tout moment. Si le stock est en dessous du seuil d'un mois, on se trouve dans une situation de pré-rupture, qui doit déclencher une commande d'urgence.

C. LA MISE EN OEUVRE DU R6M DANS LES CENTRES DE SANTE

1. Volet soutien à l'adhérence

Tous les patients ont le droit d'être inclus dans la stratégie R6M.

L'adhérence du patient doit être évaluée de façon périodique avant de passer à R6M

Informez clairement le patient que R6M est basé sur l'approvisionnement des ARV et suivi biologique et non sur sa santé.



L'inclusion en R6M peut être vue comme motivation pour la bonne adhérence et pour atteindre une CV supprimée.

Tout le personnel de santé, et les médiateurs en particulier, ont un rôle dans la promotion de la stratégie, ainsi que dans l'amélioration de l'adhérence des patients.

Les outils de promotion doivent être connus par le personnel et disponibles aux points de contact avec les patients, pour permettre de passer les messages clés à toute opportunité.



Annexe 3 : Messages clés pour patients R6M

Le rôle spécifique des médiateurs est élaboré ci-dessous.

La promotion du R6M chez les PVVIH

Pendant l'entretien individuel

Tous les patients initiés sous ARV bénéficient de six mois de soutien à l'initiation et de suivi TARV. Ces sessions individuelles et structurées, menées par les médiateurs, sont données avant la première CV et donc avant l'inclusion en R6M. Le contenu des séances est détaillé dans les procédures nationales. Les médiateurs utilisent un plan d'adhérence pendant les séances et un outil de suivi d'adhérence sur les sessions différentes qui feront partie du dossier du patient.



Annexe 4 : Plan d'adhérence mise sous TARV



Annexe 5 : Suivi d'adhérence

Les médiateurs commencent à parler du R6M à partir de la session structurée pendant la deuxième visite après la mise sous ARV. Le chronogramme standard des séances pour l'initiation aux ARV se déroulera d'après le protocole de mise et de suivi sous TARV :

Type de séance	Quand	Informations sur le R6M
Séance 1	Le jour de la définition de l'éligibilité du patient + Initiation aux ARV	
Séance 2	1 mois sous ARV	
Séance 3	2 mois sous ARV	
Séance 4	4 mois sous ARV	
Séance 5	6 mois sous ARV	



Annexe 6 : Protocole de mise et de suivi sous TARV

Vu que les patients stables sous R6M ne se rendent aux centres de santé qu'une fois tous les six mois, les médiateurs mettent l'accent sur les signes d'alerte qui doivent conduire le patient à se présenter au centre de santé.

Symptômes et signes importants qu'un patient doit rapporter au centre de santé
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Toux perte de poids, sueurs nocturnes, fièvre <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mal de tête sévère ✓ Diarrhée, vomissements ou refus de manger ou boire <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eruptions de peau nouvelles ✓ Gonflement du visage ou des ancras ✓ Changements de la manière d'uriner ✓ Changement de comportement, problèmes de sommeil, confusion <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspicion de grossesse ✓ Incapable de marcher sans aide / rester au lit tout le temps <ul style="list-style-type: none"> ✓ Difficultés à respirer ✓ Autre signes ou changements qui inquiètent le patient ou la famille

Il est également important de bien expliquer que pendant la mise-en-échelle graduelle, tout le monde n'aura pas accès au R6M au même moment pour assurer la continuation de l'approvisionnement.

- Pendant les animations en salle d'attente

Les médiateurs font régulièrement des discussions en salle d'attente sur des sujets spécifiques. Ce sont des sessions structurées avec des messages clés identifiés à l'avance, souvent focalisés sur des informations nouvelles ou des questions récurrentes. Ces sessions ne durent souvent pas plus de 15 minutes et peuvent utiliser des outils visuels comme des dépliants ou des brochures pour renforcer les messages. Une technique utilisée dans une session sur le sujet de R6M peut être le témoignage volontaire d'un patient sous R6M.



Annexe 7 : Brochure info patients TARV

La recherche active des patients en retard à leurs rendez-vous

La recherche des patients en retard à leur rendez-vous est une stratégie importante pour éviter que les patients ne deviennent des perdus de vues. Une recherche précoce a pour objectif de faciliter le réengagement des PVVIH dans les soins le plus vite possible.

Les définitions utilisées en Guinée sont :

- Les patients en retard de rendez-vous : ceux qui ne sont pas venus à leur dernier rendez-vous dans la structure sanitaire.
- Les patients perdus de vues : ceux qui ne sont pas venus à leur dernier rendez-vous dans la structure sanitaire depuis plus de 3 mois.

Pour une recherche efficace des patients en retard à leur rendez-vous, différentes étapes doivent être suivies.

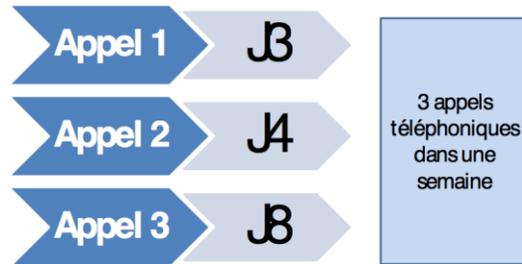
- Un **consentement** de recherche doit être donné par le patient l'heure de leur inclusion au programme. L'accord doit être noté dans le dossier du patient, sur la fiche panoramique de suivi des patients et dans le plan d'adhérence. Le numéro de téléphone et l'adresse doivent être mis à jour régulièrement.



Annexe 8 : Fiche patient

- **L'identification des patients qui ont manqué un rendez-vous.** Un agenda des rendez-vous planifiés doit être mise en place dans chaque centre de prise en charge. Chaque rendez-vous planifié doit être marqué dans l'agenda et au jour de la consultation la présence du patient doit y être notifiée. Au plus tard trois jours après le manque de rendez-vous, le médiateur psychosocial débute la recherche. Des outils de suivi des patients électroniques comme le Tier.net peuvent créer des listes des patients qui ont manqué un rendez-vous de manière électronique.
- **La recherche des patients qui ont manqué un rendez-vous.** Des appels téléphoniques sont passés consécutivement le jour 3, 4 et 8 (si nécessaire) après le retard de rendez-vous. Les médiateurs utilisent le registre de recherche pour noter les résultats des différents appels. Si ceci ne donne pas le résultat, et si les ressources permettent, une visite à domicile peut être effectuée par une personne de la structure de santé ou un membre d'une association des PVVIH.

Contacts des patient en retard rendez-vous

**Annexe 9** : Registre recherche retard rendez-vous

Une fois que le patient est retourné dans les soins, il est important d'explorer avec lui les raisons pour le retard de rendez-vous et de trouver des solutions adaptées pour éviter de nouveau ces retards.

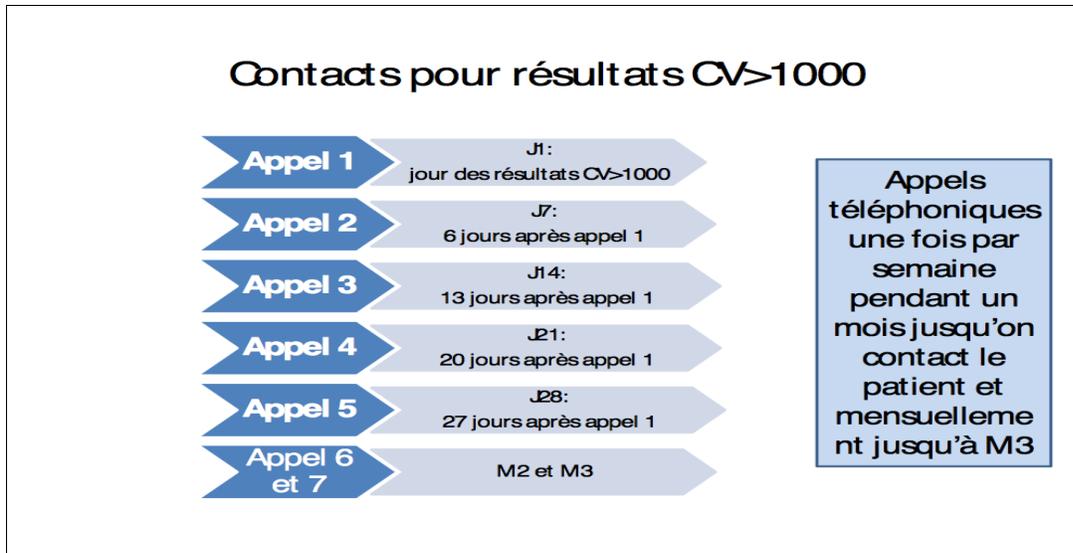
La recherche active des patients sous R6M avec CV élevée

Les résultats des patients avec CV >1000 copies/ml arrivent chez les consultants deux semaines à un mois après la prise de sang lors de la visite R6M. Les patients qui normalement reviennent semestriellement et qui ne sont plus éligibles, doivent donc être cherchés activement dans l'immédiat.

Les patients en R6M dont la CV est élevée doivent être cherchés le plus vite possible. L'arrivée des résultats doit mener à des actions immédiates. Le jour même, les résultats sont transmis au médiateur pour commencer les appels téléphoniques.



- La procédure en termes de consentement est similaire à la procédure de la recherche active des patients en retard à leur rendez-vous : le consentement de recherche doit être donné lors de l'inclusion du patient dans le programme. L'accord est noté dans le dossier du patient, la fiche panoramique de suivi et le plan d'adhérence.
- Les noms des patients avec CV élevée doivent être transmis au médiateur psychosocial pour débiter la recherche au moment où le résultat de la CV arrive dans le centre de santé. Les appels sont faits plus fréquemment ; le jour 1, 7, 14, 28 et puis le mois 2 et trois, si nécessaire. Au cas où il ce n'est pas possible de joindre le patient, et si les ressources permettent, une visite à domicile peut être faite.



Une fois retournés dans les soins, les patients entrent dans le circuit de suivi de charge virale en ambulatoire. Ils seront vus par un médiateur et un consultant au retour. Le protocole à suivre est décrit dans l'algorithme de suivi CV en ambulatoire.



Annexe 10 : Suivi charge virale en ambulatoire

Le médiateur suivra le plan de Conseil de Renforcement Adhérence en cas de Suspicion d'Echec thérapeutique (CRASE) pour renforcer l'adhérence. Les patients sortent temporellement du R6M, jusqu'à ce que leur CV soit supprimée à nouveau.



Annexe 11 : Plan d'action CRASE charge virale élevée

2 .Volet médical

Les soins médicaux de qualité forment la base du succès du programme de PEC et sont indispensables pour le bon déroulement de la stratégie R6M. Le consultant est la personne de contact avec le patient après l'inclusion dans le R6M. Le volet médical du R6M consiste principalement à :

L'identification des patients éligibles

Avant l'éligibilité pour le R6M, les patients auront déjà parcouru au moins six mois de suivi médical et psychosocial. Le consultant aura vu le patient les mêmes jours que le médiateur :

Quand
Le jour de la définition de l'éligibilité du patient + initiation aux ARV
1 mois sous ARV
2 mois sous ARV
4 mois sous ARV
6 mois sous ARV

Le schéma des activités médicales et les suivis biologiques spécifiques pendant le premier semestre sous ARV sont détaillés dans le protocole de mise et de suivi sous TARV, et le chronogramme du suivi biologique. Ces protocoles peuvent être imprimés et mis dans les bureaux de consultation. A chaque visite clinique, le consultant note les données sur la fiche panoramique du patient, qui fait partie du dossier médical. Le bon de laboratoire est rempli pour faire les demandes du suivi biologique au laboratoire.



Annexe 12 : Suivi biologique avant et après la mise en route du TARV



Annexe 13 : Bon de laboratoire

L'heure de la visite du sixième mois sous ARV, la première mesure de la charge virale est demandée par le consultant. Un prélèvement de sang est fait au laboratoire du centre et envoyé au laboratoire central, accompagné d'une demande d'analyse. Le consultant décide si c'est une demande de CV ciblé (patient en suspicion d'échec thérapeutique ou virologique) ou de routine et note la préférence sur le bon de CV.



Annexe 14 : Bon de charge virale et PCR

Le patient a un rendez-vous au retour des résultats de charge virale, en générale deux semaines après le prélèvement de sang. A ce moment, le consultant évalue si le patient peut être inclus au R6M sur base des critères d'éligibilité ou pas, avec l'aide d'une check-list qui fait partie du dossier du patient.



Annexe 15 : Check-list éligibilité R6M (Voir page 14)

Pour les patients éligibles, une ordonnance est faite pour des ARV et d'autres médicaments nécessaires comme le cotrimoxazole, l'isoniazide pour la prévention de la tuberculose (donné chaque trois ans pour six mois) pour une durée six mois, et un rendez-vous est donné six mois plus tard. Sur la fiche du patient, le consultant indique le début du R6M.



Annexe 16 : Ordonnance médicale

Pendant la phase introductive

Les consultants sont chargés de l'identification des patients éligibles, et de leur introduction dans le système R6M. Pour pouvoir faire cette introduction d'une manière graduelle, c'est conseillé de diviser les patients éligibles en six. Avant de commencer, une analyse de la file active peut donner des estimations sur le nombre de patients potentiellement éligible. Les consultants devraient s'assurer que le nombre à inclure par mois n'est pas dépassé (qui correspond à 1/6ème des patients éligibles). Des outils pratiques aident à faire cet exercice :

- *Au début de chaque mois, les consultants reçoivent un nombre d'autocollants colorés correspondant au nombre de patients éligibles à inclure dans le mois. A chaque patient mis sous R6M, un autocollant est placé sur le dossier du patient. Lorsqu'il n'y a plus d'autocollants, les inclusions R6M du mois sont finies.*
- *Les consultants peuvent recevoir un nombre maximum de patients à inclure sous R6M par mois (s'il y a plusieurs consultants, il faut diviser les patients entre les consultants). Chaque consultant devra compter le nombre mis sous R6M sur un outil de pointage, jusqu'à ce que le nombre soit atteint.*

- *En discussion avec les médiateurs, les patients ayant des besoins particuliers (qui habitent loin ou qui ont d'autres problèmes spécifiques d'accès au centre de santé) pourront être priorisés chaque mois.*

Le suivi clinique des patients et l'identification des patients qui ne sont plus éligibles

Une fois sous R6M, les patients passent la plupart du temps de la visite au centre de santé en contact avec le consultant. C'est donc essentiel pour le consultant de s'assurer que toutes les actions nécessaires sont menées et tous les messages communiqués. Son rôle minimum à chaque visite consiste à :

La consultation clinique complète (voie cadre)

La répétition des messages clés pour les patients, y compris les signes d'alerte

L'introduction des activités complémentaires au R6M



Lors des visites cliniques des patients, les consultants vérifient si les patients sont toujours éligibles et s'ils ont des problèmes d'adhérence au traitement. Les activités spécifiques pour les patients sous R6M pendant la visite clinique sont :

Qui	Quand	Quoi
Tous les patients sous R6M	Chaque semestre lors de la 1 ^{ère} année sous ARV, annuellement après	Prise de sang pour la CV, prescription pour les ARV
Tous les patients sous R6M	Chaque semestre lors de la 1 ^{ère} année sous ARV, annuellement après	Vérification d'infections opportunistes, si nécessaire prescription cotrimoxazole
Tous les patients sous R6M	Chaque semestre lors de la 1 ^{ère} année sous ARV, annuellement après	Screening pour la tuberculose, si négative prescription isoniazide tous les trois ans pour 6 mois
Femmes d'âge reproductive	Annuellement	Test de grossesse et discussion sur la planification familiale, si nécessaire prescription contraception
Tous les patients sous R6M	Chaque semestre lors de la 1 ^{ère} année, et annuellement après	Soutien à l'adhérence, rappel aux signes d'alerte. Si nécessaire référence au médiateur
Patients sous TDF	Chaque semestre lors de la 1 ^{ère} année, et annuellement après	Test de créatinine
Enfants sous régime pédiatrique	Chaque semestre	Contrôle de poids et adaptation du dosage des médicaments : Etant donné que la dose est adaptée en fonction de poids de l'enfant, il est impossible de mettre l'enfant sous R6M car son pds peut progresser ou régresser dans les 6mois. +C'est mieux d'attendre l'annonce total de son statutg

Tous les patients sous R6M	A chaque contact	Discussion sur les activités complémentaires au R6M (détail p. xx) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutien à l'adhérence et support psychosocial ✓ Des options alternatives de réapprovisionnement entre les visites cliniques annuelles ✓ Dépistage d'index ✓ Rejoindre une association de PVVIH
----------------------------	------------------	--

Les critères d'exclusion sont définis comme:

- ✓ Une charge virale ≥ 1000 copies/ml
- ✓ Grossesse
- ✓ Infection opportuniste majeure
- ✓ Effets secondaires majeurs aux ARV (e.g. insuffisance rénale)
- ✓ Problèmes d'adhérence

Quand le patient n'est plus éligible au R6M :

- ✓ Une ordonnance est faite pour un mois de médicaments
- ✓ En cas de CV élevée, le patient rentre dans un cycle de visites de soutien à l'adhérence (CRASE) et des visites cliniques. La procédure standard est décrite dans le protocole de suivi de charge virale en ambulatoire.

A n'importe quel moment dans les cycles de suivi, quand le patient ré-supprime la CV, il peut à nouveau être éligible au R6M. Dans ce cas, le consultant parcourt les critères d'éligibilité par la check-list pour évaluer si le patient peut être remis sous R6M.



En cas de grossesse, le patient passe dans le programme PTME jusqu'à la fin de l'allaitement. Des considérations pour les femmes enceintes et leur bébé sont détaillées page xx. Pour la réussite de cette stratégie, les médecins coopèrent avec les médiateurs (APS).

3. Volet pharmacie :

La disponibilité de tous les intrants pour la PEC est indispensable pour les soins réguliers mais aussi pour le commencement et la continuation de la stratégie R6M. Les ruptures d'ARV doivent être évitées de toute manière possible et l'arrêt du R6M est toujours le dernier recours face à une pénurie de médicaments. Pour ce fait une rencontre entre la PCG et les différents pharmaciens des centres de prise en charge et de PTME pour harmoniser leurs points de vue.

La gestion de stock et l'approvisionnement

Le responsable de la pharmacie assure que :

Une liste standardisée existe dans le centre, qui inclut tous les intrants nécessaires pour les soins des patients, y inclus les ARV, les médicaments contre les IO, les autres médicaments (e.g. pour la contraception) et les intrants du laboratoire. La liste est mise à jour chaque fois que des intrants sont ajoutés ou

enlevés. Un exemple est la liste standard, aussi utilisée comme outil de pointage de MSF. Il est pertinent d'apprendre les pharmaciens à respecter le temps de faire les commandes.



Annexe 17: Liste standard suivi pharmacie

- Une bonne gestion des médicaments est en place, avec mise à jour des fiches de stock à chaque fois que des médicaments sont pris du stock. Les dates de péremption des médicaments sont notées sur les fiches de stock et les médicaments avec les dates de péremption plus proche sont dispensés d'abord.



Annexe 18: Fiche de stock

- A chaque dispensation, les quantités des médicaments dispensées sont annotées sur l'outil de pointage.
- Le stock de sécurité est de minimum un mois d'approvisionnement pour tous les patients. Pour les ARV, ce sont les besoins du dernier mois complet. Pour les médicaments IO, c'est la CMM des derniers trois mois. Si le stock tombe en dessous du stock tampon, c'est une pré-rupture et une commande urgente doit être faite.
- Les commandes sont trimestrielles et doivent arriver à la PCG avant le 5^{ème} jour du mois, par transport organisé par le centre de santé. Les centres de santé en dehors de Conakry transportent leurs commandes au dépôt régional avant le premier du mois, pour assurer l'arrivée à la PCG avant le 5^{ème}. Les centres devraient toujours garder une copie de la commande faite pour vérifier si la quantité demandée arrive entièrement.

Si le stock dans un centre de santé tombe en dessous d'un mois de consommation, une commande d'urgence doit être faite immédiatement à la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) ou au dépôt régional (pour les centres en dehors de Conakry). La personne responsable (pharmacien, gestionnaire de stock, infirmier) doit donc contrôler les niveaux de stock très régulièrement et doit rentrer en contact avec le dépôt plus proche par le moyen plus rapide (téléphone, email, visite) en cas de pré-rupture pour exécuter la commande.

En cas de risque aigu de rupture au niveau du centre, toutes les options pour réapprovisionner les centres en pré-rupture doivent d'abord être épuisées (contacter les partenaires, emprunter) avant d'envisager de donner moins de 6 mois d'ARV aux patients sous R6M



Annexe 19: Bon de commande pharmacie

Calcul des commandes d'ARV par molécule :

Commande trimestrielle avant le R6M : (Besoin du dernier mois* x 4) + (Nouvelles inclusion attendues x 10) – stock existant utilisable

Commande unique pour commencer le R6M : (Besoin du dernier mois* x 6) – stock existant utilisable

Commande trimestrielle en R6M (simple) :

Au cas où l'introduction graduelle a été bien faite, le calcul peut être le même qu'avant :

$(\text{Besoin du dernier mois}^* \times 4) + (\text{Nouvelles inclusion attendues} \times 10) - \text{stock existant utilisable}$

Dans le cas où il y a un système électronique pour le suivi des patients, un rapport peut être demandé aux gestionnaires de données pour faire une demande plus précise selon les patients attendus et leurs besoins dans le trimestre

Commande trimestrielle en R6M :

$(\text{Nombre de patients attendus sous R6M} \times 7) + (\text{Nombre d'autres patients attendus} \times 4) + (\text{Nouvelles inclusion attendues} \times 10) - \text{stock existant utilisable}$

Il est important de noter que :

- L'introduction ou le changement de régimes ont un impact sur les besoins et doit donc être pris en compte par le pharmacien.
- Les ruptures des médicaments ont un impact sur la consommation et les changements des régimes, le pharmacien doit donc en prendre en compte
- Tous les moyens d'urgence doivent être épuisés avant de diminuer le réapprovisionnement des ARV pour le patient

*Le besoin en ARV du dernier mois est calculé par:

- La consommation du dernier mois si la consommation mensuelle est régulière
- La consommation mensuelle moyenne (CMM) des trois derniers mois si la consommation mensuelle n'est pas régulière.

Calcul des commandes des médicaments IO sur base de la consommation mensuelle moyenne

Commande trimestrielle :

$(\text{CMM des derniers trois mois} \times 4) - \text{stock existant utilisable.}$

Calcul des commandes du cotrimoxazole pour la prévention des IO sur base de la CMM

Commandes comme les autres IO, sauf la commande unique au début du R6M :

$(\text{CMM derniers trois mois} \times 6) - \text{stock existant utilisable.}$

- La livraison des médicaments doit être faite par la PCG une semaine après l'arrivée des commandes jusqu'au dépôt régional pour l'intérieur du pays, ou directement jusqu'aux centres de santé de Conakry.



Annexe 20 : Bordereaux de livraison pharmacie

- Le rapport mensuel inclut les régimes par patient, les nouvelles inclusions et les changements de régimes, qui doit être rempli et rendu à la PCG avant le 5ème du mois. Les outils de pointage, les fiches de stock et les rapports des PEC sont utilisés pour faire le rapport mensuel de pharmacie. Une partie a été ajoutée pour spécifier les nouveaux patients sous R6M (ou R3M) et le total de patients suivi sous R6M (ou R3M).

**Annexe 21 : Rapport pharmacie****Assurer la préservation des médicaments**

Une des inquiétudes potentielles relative à la stratégie de R6M est la préservation des médicaments pendant six mois à la maison des patients. (12). Clé de la réussite et de l'échec de la stratégie R6M.

Les médicaments doivent être préservés à la température de $\leq 30^\circ$, y compris à la maison des patients. Aussi, comme tout produit médical, les ARV ne peuvent pas être consommés au-delà de leurs dates de péremption. Au moment de la dispensation du R6M, aucune boîte d'ARV ne peut avoir une date de péremption de moins de six mois. Il est donc utile de cocher les boîtes avec les dates de péremption plus proche pour indiquer aux patients de les consommer en premier. Il est aussi important de donner les conseils suivants (inclus dans les messages clés) aux patients au moment de l'approvisionnement :

- Conserver les médicaments à l'abri de la chaleur et l'humidité, c'est-à-dire éviter le plus possible la proximité de sources de chaleur ou de l'exposition au soleil.
- Ne pas consommer des médicaments qui ont changé de couleur ou de forme (ex. qui collent l'un à l'autre) et de ramener les boîtes au centre de santé pour les échanger.
- Consommer d'abord les ARV avec la date de péremption la plus proche.

Rapporter des pertes des médicaments

Un autre potentiel souci parfois élevé quand on parle de multiple mois d'approvisionnement d'ARV est la possibilité de perte, de vol ou de péremption des ARV. Jusqu'à aujourd'hui, en Guinée il n'y a pas eu de rapports de cas de vols ou de pertes d'ARV. Néanmoins, si les cas se produisent, il est conseillé de faire un rapportage systématique pour pouvoir répondre aux problèmes.

**Annexe 22 : Rapport de perte ou retour d'ARV**

4. Volet laboratoire :

Pour assurer le bon déroulement du R6M, le circuit des résultats de CV et d'autres tests de laboratoire doit être bien défini. Ce circuit inclut un plan de transport régulier des échantillons de sang et des bons de commandes au laboratoire, et le retour des résultats aux centres. Le plan doit être fait à niveau de la région et doit inclure :

- ✓Un chronogramme clair de collecte des échantillons et de retour des résultats
- ✓Les moyens et responsabilités pour le transport (motos, voitures)
- ✓Un plan pour assurer le carburant et la maintenance des véhicules.

Traitement des demandes

Les demandes pour les tests de laboratoires, accompagnés par la prise de sang, arrivent chaque jour au laboratoire. Pour la CV, le bon indique si c'est un patient en suspicion d'échec thérapeutique ou une demande de CV de routine. En général, les patients en suspicion d'échec reçoivent la priorité pour le test CV. Dans certains cas, il peut y avoir différentes plateformes de CV utilisées selon la priorité.

Retours des résultats

Les résultats de tous les tests sont encodés sur les bons de demandes par le laborantin pour le retour au centre. Transportés et arrivés au centre de santé, les bons sont donnés aux médiateurs ou consultants pour le suivi des patients. Le consultant fait la mise-à-jour de la fiche de patient et décide quelles sont les mesures à prendre selon les résultats.

Les résultats CV sont également encodés dans une fiche Excel ou sur un dossier papier au laboratoire. Une copie de ces fiches reste au laboratoire, tandis qu'une deuxième copie est retournée à la personne responsable des données au centre de santé pour l'encodage dans la base de données électronique du laboratoire quand elle existe ou à défaut, dans le dossier du patient du centre.



Annexe 23: Liste des résultats charge virale

Gestion de l'approvisionnement

Comme dans la pharmacie, le laboratoire doit assurer à tout moment un stock tampon d'un mois de tous les intrants du laboratoire nécessaire pour la continuation des activités. Quand le stock tombe en dessous du seuil, une commande d'urgence doit être faite immédiatement. Le R6M ne change pas les besoins en intrants. Le circuit d'approvisionnement des intrants, y compris la fréquence des commandes et des livraisons suit la même chaîne que les médicaments.



Annexe 24: Bordereaux de livraison laboratoire

5. Volet suivi et évaluation

Le suivi et évaluation est une partie essentielle du cycle programmatique, parce que cela permet de :

- ✓ Prendre des décisions informées pour la planification du programme
- ✓ Évaluer la performance du centre, de la préfecture et de la région
- ✓ Assurer de la redevabilité

Dans chaque centre de santé il doit y avoir quelqu'un responsable pour la gestion des données, c'est-à-dire la collecte, le contrôle de qualité, l'analyse et interprétation et l'utilisation et dissémination des données.

La personne responsable assure le rapportage des données selon les protocoles. Une version des données et du rapport doit rester au centre de santé pour être disséminée et présentée entre le personnel de santé du centre. Cela peut mener à des adaptations de stratégies.

Dans les centres de santé, les données des patients, pris des fiches des patients, peuvent être agrégées en papier ou de manière électronique.

Pour le R6M, les indicateurs mensuels suivants sont à ajouter à ceux déjà mis en place :

- ✓ Le nombre de patients déjà sous R6M dans la file active par régime
- ✓ Le nombre de nouvelles inclusions en R6M par régime

Dans Tier.net, l'outil électronique utilisé par MSF, il est possible d'indiquer la durée d'approvisionnement donnée au patient jusqu'à la prochaine visite et de produire des rapports standard.

Dans la base de données nationale Module simplifié Reproductible, la consommation des ARV et les rapports du R6M sont produits automatiquement à base des visites encodées dans le système.

En cas d'absence d'outils électroniques, les rapports en papier peuvent être utilisés. Dans le rapport mensuel de la pharmacie, une partie a été ajoutée pour le suivi des patients R6M par régime. Dans le rapport mensuel de prise en charge, une partie est ajoutée pour le suivi des patients R6M.



Annexe 25 : Rapport mensuel de prise en charge

Pour anticiper les visites et les besoins en pharmacie le mois suivant, les patients attendus par mois et par régime thérapeutique peuvent être rapporté à partir de l'outil électronique comme Tier.net et partagé avec les pharmaciens pour la préparation de leurs commandes et des rapports. Au cas où il n'y a pas de registre automatisé électronique, une fiche Excel ou un équivalent sur papier peut être utilisé pour le suivi des visites.



Annexe 26 : Patients attendus mois X (export Tier.net)



Annexe 27 : Fiche visites attendues

D. CONSIDERATIONS POUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS

1. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Au niveau des sites pilotes (MSF), jusqu'aujourd'hui, les femmes enceintes et allaitantes sont exclues du R6M. Pendant la période de grossesse et pour 18 mois après l'accouchement elles viennent tous les mois au centre de santé. Néanmoins, il est proposé à certaines femmes enceintes.

En Guinée, beaucoup de femmes sont culturellement requises d'accoucher dans la famille du père de l'enfant ou dans la belle famille, souvent loin de leur centre de santé habituel. Pour assurer une continuation du TARV pour ces femmes pendant la période de l'accouchement, il est proposé d'assurer un mois avant l'accouchement, un approvisionnement de :

- 3 mois d'ARV pour la mère
- 2 mois de sirop de Névirapine pour le nouveau-né

Pour bénéficier de cette stratégie la femme enceinte dépistée positive au VIH doit répondre aux critères suivants :

Critères d'inclusion pour le R3M pour les patientes de PTME :

- Age ≥ 15 ans
- Femme enceintes sous ARV ou dépistées positives pendant le premier ou deuxième trimestre de grossesse
- Femmes devant voyager pour une période indéterminée à la fin de la grossesse ou femmes résidant habituellement hors du kilomètre 36 à Conakry
- Sous ARV (première ou deuxième ligne) pour au moins 3 mois
- Preuve d'adhérence en forme de 1 mesure CV de < 1000 copies/ml ou en cas d'absence de mesure CV, un compte CD4 de > 350 cellules/mm³
- Absence d'infections opportunistes

Les critères d'éligibilité seront analysés par les sages-femmes réalisant les consultations PTME dans les centres de santé et prenant en compte du plan d'accouchement.

2. Enfants de > 2 à 15 ans

Dans les critères d'inclusion proposés les enfants à partir de 2 ans ont accès au R6M, s'ils ont un parent ou un tuteur qui aussi est sous R6M ou un tuteur non-séropositif. Dans ce cas, les consultations cliniques et le réapprovisionnement se passent ensemble entre le tuteur et l'enfant.

Quelques considérations spécifiques:

- S'assurer que la progression pondérale de l'enfant n'aura pas d'effet sur la posologie du médicament à prescrire.E
- Il est très important de suivre le poids et la taille des enfants en croissance pour évaluer la réponse clinique au traitement et pour assurer que le dosage est correct.

Le poids et la taille de l'enfant doit être mis sur une charte de croissance. Si la courbe est en dessous des limites acceptées, il faut s'assurer d'en trouver les causes par une investigation qui inclut :

- Dépistage pour la tuberculose
- Etat nutritionnel
- Signes d'échec thérapeutique
- Autres maladies
- Etat de vaccination

Il est essentiel d'assurer que le dosage des ARV soit adapté aux changements de poids de l'enfant à chaque visite.

Si le dosage n'est pas adapté, les ARVs peuvent être sous-dosés, ce qui mène à un traitement incomplet et un risque de résistance virale.



Annexe 28 : Posologies des ARV pédiatriques

Une particularité importante pour les enfants et les jeunes adolescents est l'annonce de leur statut sérologique.

Le consultant doit être au courant de l'état de l'annonce de l'enfant et l'appui psychosocial à l'annonce doit être assuré selon les critères nationaux avec les outils existants. Les adolescents doivent avoir accès à l'éducation sexuelle et reproductive et les services de planification familiale dans une atmosphère sécurisante et sans jugement.

E. LES ACTIVITES COMPLEMENTAIRES A LA VISITE DE R6M

Quand les patients sous R6M se rendent au centre de santé deux fois par an, c'est une opportunité pour donner un accès aux activités complémentaires dans les centres de santé et de rappeler les patients des points importants concernant leurs soins. Les consultants sont les acteurs clés pour faire passer ces messages, car ils entrent en contact avec les patients pendant la consultation. Selon le centre, il y a aussi un point de contact avec le pharmacien, qui peut aussi rappeler les patients des activités et des messages.

1. Soutien à l'adhérence et support psychosocial

Les médiateurs du centre de santé sont à la disposition des patients pour donner un soutien à l'adhérence basée sur leurs besoins individuels, même quand les mesures de la charge virale ne montrent pas d'échec virologique. Les problèmes peuvent inclure des difficultés psycho-émotionnelles et sociales exacerbées par la découverte du VIH et ou aux événements de la vie, annonce au conjoint, stigmatisation et de discrimination, fatigue de prendre les médicaments. Les patients peuvent exprimer une demande de soutien psychosocial au moment de la visite clinique, ou le soignant peut identifier ces besoins chez les patients lors des consultations.

Les patients peuvent rejoindre les sessions d'éducation de groupe organisées en général dans des lieux aménagés pour la circonstance au niveau des sites de PEC par les médiateurs. Ces sessions sont complémentaires aux sessions individuelles structurées qui sont données en générale dans les six premiers mois du traitement, avant l'inclusion dans le R6M. Les sessions de groupe sont des sessions structurées avec des messages clés identifiés à l'avance, souvent focalisés sur des informations nouvelles ou des questions récurrentes. Ces sessions ne durent souvent pas plus de 15 minutes et utilisent des dépliants, affiches ou autres visuels pour renforcer les messages.

Si nécessaire, des sessions de conseils individuels peuvent aussi prendre place pour pallier des problèmes particuliers des patients. Selon les obstacles vécus, d'autres types de soutien peuvent être organisés à partir de la visite comme par exemple lier des patients avec des activités génératrices de revenus, la médiation auprès de la famille, etc.



Annexe 29 : Session renforcement et conseils

2. Etablir des options alternatives de réapprovisionnement

La stratégie R6M peut être combinée avec d'autres approches de soins différenciés, qui peuvent inclure des aspects communautaires ou du support par des pairs.

Les points de distribution communautaire (PODI) en République Démocratique du Congo sont des endroits pour le réapprovisionnement des ARV gérés par une des membres des associations de PVVIH formés. Chaque patient stable sous ARV se rend trimestriellement à cette pharmacie communautaire pour la collecte de ses ARV et reçoit- en cas de besoin - un soutien à l'adhérence de ses pairs formés. Les patients qui ne se présentent pas à leur rendez- vous seront recherchés par leurs pairs par téléphone ou visites à domicile avec l'aide d'un réseau de volontaires au niveau local.

Une fois par an, le patient se rend au sein d'un centre de santé pour un test de mesure de la CV et une consultation clinique. Cette stratégie peut facilement intégrer le R6M. Dans ce cas les patients se rendent

semestriellement aux points de distribution pour un réapprovisionnement et annuellement au centre de santé pour la consultation clinique.

La visite R6M peut aussi être une opportunité pour créer des groupes de support des PVVIH. Ce sont des groupes d'un maximum de 25 personnes qui se réunissent régulièrement pour partager des expériences sur la vie positive ou pour discuter sur des sujets spécifiques. Les médiateurs peuvent mettre en contact de personnes intéressées et aider à la gestion des séances des groupes de support. Les réunions peuvent prendre place au centre de santé ou dans la communauté.

Dans autres pays, les groupes ont un président, un secrétaire, un trésorier et un animateur. Chaque membre contribue à une cotisation pour donner un soutien aux autres membres du groupe en cas de situation critique. L'animateur propose des thèmes pour les discussions régulières et le secrétaire rédige des rapports de suivi mensuels qui sont remis au responsable du soutien à l'adhérence au centre de santé. Cette stratégie aussi peut facilement combiner les réapprovisionnements semestriels avec cette dynamique de groupe, qui peut aider à l'adhérence.



Document de référence : Guide de mise en place PODI

3. Dépistage d'index :

Dans des pays de basse prévalence, une stratégie efficace pour trouver les PVVIH non-diagnostiqués est le dépistage de famille ou d'index. Tous les patients séropositifs sont des cas d'index. Des services de dépistage doivent être offerts aux conjoints, enfants ou autres membres de famille des patients R6M. Le dépistage du VIH se fait gratuitement dans les centres de santé.

Pour augmenter le nombre de personnes qui viennent se faire dépister, les consultants et les médiateurs adoptent une approche proactive en encourageant les patients R6M à amener leurs conjoints, famille ou amis à être dépistés. Il existe aussi des possibilités d'auto-dépistage au domicile de la famille du patient, comme le dépistage oral.

Si les personnes veulent se faire dépister, le médiateur fera le conseil et dépistage du VIH selon les normes nationales. L'activité se fait dans une salle qui assure la confidentialité des personnes dépistées. Un contrôle de qualité des tests de dépistage est fait à chaque ouverture d'un nouveau lot de tests.

Les personnes avec résultat de dépistage positif sont référées au consultant pour initier la prise en charge médicale. Le médiateur peut expliquer aux patients la gratuité des médicaments et des examens de laboratoire, et la possibilité de l'accès au R6M après six mois sous ARV en cas d'une suppression virale.

4. Rejoindre une association de PVVIH

Ils existent plusieurs associations de PVVIH en Guinée qui ont pour mandat de défendre le droit à la santé et le droit d'accès aux soins de qualité pour les PVVIH. Certains entre eux ont monté des observatoires communautaires, qui font un suivi de la mise en œuvre de la lutte contre le VIH par les autorités nationales et leurs partenaires. Les observatoires ont souvent une présence dans la communauté mais aussi au sein des centres de PEC. Les associations disposent d'outils pour alerter des problèmes d'accès aux soins et de stigmatisation, vécus par les PVVIH.

Tous les PVVIH ont le droit de rejoindre des associations et prendre parti dans leurs activités, ou bien de témoigner ou de porter plainte concernant l'accès aux soins VIH d'une manière anonyme. Pendant la visite au centre de santé deux fois par an, le personnel de santé a une opportunité d'informer les patients de ces

mécanismes. En même temps, les membres des associations ont une opportunité d'informer les patients sur les droits et devoirs et du fonctionnement des observatoires.



Annexe 30 : Exemple dépliant promotion associations

F. LISTE DES ANNEXES ET DES DOCUMENTS DE REFERENCE

- Annexe 1** : Scénarios d’approvisionnement R3M
- Annexe 2** : Outil de calcul RXM et dépistage et traitement
- Annexe 3** : Messages clés pour patients R6M
- Annexe 4** : Plan d'adhérence mise sous TARV
- Annexe 5** : Suivi d’adhérence
- Annexe 6** : Protocole de mise et de suivi sous TARV
- Annexe 7** : Brochure info patients TARV
- Annexe 8** : Fiche patient
- Annexe 9** : Registre recherche retard rendez-vous
- Annexe 10** : Suivi charge virale en ambulatoire
- Annexe 11** : Plan d’action CRASE charge virale élevée
- Annexe 12** : Suivi biologique avant et après la mise en route du TARV
- Annexe 13** : Bon de laboratoire
- Annexe 14** : Bon de charge virale et PCR
- Annexe 15** : Check-list éligibilité R6M
- Annexe 16** : Ordonnance médicale
- Annexe 17** : Liste standard suivi pharmacie
- Annexe 18** : Fiche de stock
- Annexe 19** : Bon de commande pharmacie
- Annexe 20** : Bordereaux de livraison pharmacie
- Annexe 21** : Rapport pharmacie
- Annexe 22** : Rapport de perte ou de retour d'ARV
- Annexe 23** : Liste des résultats charge virale
- Annexe 24** : Bordereaux de livraison laboratoire
- Annexe 25** : Rapport mensuel de prise en charge
- Annexe 26** : Patients attendus mois X (export Tier.net)
- Annexe 27** : Fiche visites attendues
- Annexe 28** : Posologies des ARV pédiatriques
- Annexe 29** : Session renforcement et conseils
- Annexe 30** : Exemple dépliant promotion associations

1. Liste de présence des participations à la rencontre de validation du Guide de la R6M

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	N°Tél	E-Mail
1	Dr GUILAVOGUI Foromo	PNLSH	Chef Unité PEC	622643204	doctgui@yahoo.fr
2	Dr BAH Zakaria	PNLSH	PEC_TB/VIH	629300754	zakariabah@yahoo.fr
3	M. CISSE Mory	PNLSH	PEC/APS	622955190	morycisse788@gmail.com
4	BIGIRIMANA Théophile	solthis	Respo.organisation Projet Pactes	624510935	pactes.responsableorgasoins@solthis.org
5	Harouna MAMANE	SOLTHIS	Chef projet Pactes	626869269	chefdeprojetpactes@solythis.org
6	KOULIBALY Abdoulaye	CRF	Chef de projet	622987992	koulibalya26@gmail.com
7	Dr BONIMY Pascal	ONUSIDA	CIS	623634119	bonimyp@unaids.org
8	Dr KEITA Sekou	DREAM	Médecin traitant	622466155	ckoukeita@yahoo.fr
9	Moïse Musa	MSF-B	Médecin décentralisation	656555062	mfs-ocb-sida-coachconakry@brussel.msf.org
10	Zakari MOLUH	MSF-B	Coordinateur Médical projet VIH	656555008	mfs-ocb-conakry-sida-mfp@brussel.msf.org
11	Dr CONTE Mamey	PNLSH	Chef Unité IEC/CCC	629300110	mameycont@yahoo.fr
12	Dr KOLIE Marthe	PNLSH	C/GAS	628525111	mkoliebn56@gmail.com
13	Dr TALL Djenabou	PNLSH	Chargé nutrition	620714781	tdjenabout@gmail.com
14	M. SANE Soriba Sorel	REGAP+	Point focal	628029129	s.sane02@gmail.com

2. REFERENCES

1. World Health Organization. Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2015. Disponible de: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
2. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. Geneva; 2014. Disponible de: http://www.unaids.org/Sites/Default/Files/Media_Asset/90-90-90_En_0.Pdf
3. International AIDS Society. Differentiated care for HIV: a decision framework for antiretroviral therapy delivery [Internet]. Geneva; 2014. Disponible de: www.differentiatedcare.org
4. Bemelmans M, Baert S, Goemaere E, Wilkinson L, Vandendyck M, Van G, et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. 2014;19(8):968–77.
5. Programme Nationale de la Lutte contre le VIH et l’Hépatite. Données nationales. Conakry; 2016.
6. World Health Organisation. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach - 2nd ed. [Internet]. WHO Guidelines. Geneva; 2016. Disponible de: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
7. Bekolo CE, Diallo A, Philips M, Yuma JD, Di Stefano L, Drèze S, et al. Six-monthly appointment spacing for clinical visits as a model for retention in HIV Care in Conakry-Guinea: A cohort study. BMC Infect Dis. 2017;17(1):1–10.
8. Médecins Sans Frontières. Rapport trimestriel des activités T1 2018. Conakry; 2018.
9. Médecins Sans Frontières. Analyse de données 2017. Données non publiées. Conakry; 2018.
10. Centre For Disease Control and Prevention. 2014 Ebola Outbreak in West Africa Epidemic Curves [Internet]. Disponible de: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/cumulative-cases-graphs.html>
11. PEPFAR. Multi-month Prescribing and Treat All Calculator [Internet]. Washington DC; 2016. Disponible de: <http://www.differentiatedcare.org/Resources/Resource-Library/PEPFAR-Multi-Month-Prescribing-and-Treat-All-Calculator>
12. World Health Organization. Stability testing of active pharmaceutical ingredients and finished pharmaceutical products [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2009. Disponible de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19133en/s19133en.pdf>
13. Programme National de lutte contre le Sida et les Hépatites : Normes et procédures de l’accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH en Guinée, revue en 2018, Guinée.
14. Ministère de la Santé : Guide National de Quantification, Guinée.
15. MSF-B : Guide de mise en place PODI.
16. Pour savoir plus des autres modèles différenciés des soins VIH, visitez : www.samumsf.org/
www.differentiatedcare.org.