LES NÉGLIGÉS DE L'INFECTION AU VIH

Patients en stade VIH avancé : une prise en charge adaptée et gratuite est leur seule chance de survie

Kinshasa, République Démocratique du Congo | Juillet 2017

MEDECINS SANS FRONTIERES

Publié par: Médecins Sans Frontières (MSF), South Africa
Photographie couverture: Guillaume Binet
Photographies dans le rapport: Kris Pannecoucke
Design: Design for Development
Edition: Ghizlaine Menebhi

DÉFINITIONS

Stade avancé de l'infection au VIH (1) (dans le rapport, nommé stade VIH avancé)

- Adultes, adolescents et enfants de plus de 5 ans: CD4 ≤ 200 cellules/µL ou un stade clinique OMS de 3 et 4 à l'admission
- Enfants de moins de 5 ans: tous les enfants de moins de 5 ans porteurs du VIH devraient être considérés en stade avancé de VIH à leur présentation compte tenu du groupe à risque qu'ils représentent

Numération des CD4 (lymphocytes T CD4): permet de mesurer l'état immunitaire d'un sujet. On parle d'immunodépression sévère lorsque la numération des CD4 ≤ 350 cellules/µL

Patient naïf (au traitement ARV): qui n'a jamais été initié au traitement ARV

Patient non naïf (au traitement ARV): qui a déjà été initié au traitement ARV

Faux naïf (au traitement ARV): qui a déjà été initié au traitement mais ne le déclare pas

Présentations tardives: patients naïfs se présentant aux services de santé avec des CD4 ≤ 200 cellules/µL ou un stade clinique de l'OMS de 3 et 4

Prophylaxie: traitement préventif qui permet d'empêcher l'apparition d'une primo infection ou la réapparition d'une infection

Stratégie «Test and Treat»: recommandation de l'OMS visant à mettre immédiatement sous traitement ARV les personnes dépistées positives au VIH (sans tenir compte de leur CD4 dans la prise de décision)

Taux de létalité: pour une cause de décès donnée, rapport entre le nombre de décès et le nombre de personnes diagnostiquées

Groupe homogène de malades: groupe de patients qui ont le même diagnostic principal d'hospitalisation

Centres de santé partenaires: centres soutenus par MSF (centres conventionnés)

PODI et clubs: modèles de soins différenciés pour la distribution des ARV dans la communauté

ACRONYMES

ARV	Antirétroviraux
CHK	Centre Hospitalier de Kabinda
CS	Centre de santé
CDV	Conseil et dépistage volontaire
DCIP	Dépistage et conseil initié par le prestataire
IO	Infection opportuniste
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PODI	Point de distribution communautaire d'ARV
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/SIDA
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TARV	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLES DES MATIÈRES

Introduction....5

Chapitre 1. Etat des lieux de la situation des patients en stade VIH avancé à Kinshasa 6

Stade VIH avancé à Kinshasa....8

Le Projet MSF à Kinshasa.... 9

Une morbidité et une mortalité très élevées parmi les patients en stade VIH avancé 13

Les causes de décès des patients en stade VIH avancé.... 14

Quelles sont les raisons de la présentation tardive des PVVIH ?.... 14

Chapitre 2. Propositions pour une diminution de la mortalité....17

Les différents niveaux de santé.... 19

Les directives cliniques pour la prise en charge des PVVIH en stade avancé.... 21

Les directives spécifiques non médicales pour le soutien des patients en stade avancé.... 23

Chapitre 3. Coût de la prise en charge des patients en stade VIH avancé au niveau de l'hôpital.... 24

Chapitre 4. Recommandations pour un modèle d'offre de soins gratuits pour les patients en stade VIH avancé à Kinshasa 28

Recommandations.... 31

Histoire photographique d'un jeune homme hospitalisé au CHK en Mai 2017.... 32

Références....33

Annexes....34

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 Cascade VIH en RDC : les ambitions face à la réalité 8

Figure 2 Nombre de dépistages et taux de positivité dans les structures soutenues par MSF et au niveau communautaire, 1er trimestre 2017....9

Figure 3 Proportion de patients avec CD4 ≤ 100 à l'initiation ARV en ambulatoire dans quatre centres de santé soutenus par MSF depuis 2016.... 10

Figure 4 Taux de CD4 (cellules/µL) à l'admission (cellules/µL), hospitalisation CHK, 2015-2017 (n=1669)....10

Figure 5 Taux médian de CD4 (cellules/µL) des patients a l'admission en hospitalisation au CHK en fonction du centre d'origine, 2015-2017....11

Figure 6 Cyclicité des entrées et sorties dans la cascade de soins VIH....11

Figure 7 Proportion de PVVIH avec des CD4 ≤ 200 (n=385) selon leur statut de diagnostic et de traitement (Malawi, Afrique du Sud, Kenya, 2012 - 2013).... 12

Figure 8 Proportion de patients naïfs et non naïfs à l'admission dans quatre hôpitaux soutenus par MSF....12

Figure 9 Mortalité intra hospitalière au CHK en fonction du taux de CD4, janvier 2015 et avril 2017.... 13

Figure 10 Admissions, décès et taux de létalité en fonction des diagnostics principaux au CHK, 2015-2017.... 14

Figure 11 Facteurs influençant le recours aux soins tardifs et le stade avancé de l'infection au VIH.... 15

Figure 12 Impact de la stigmatisation et du manque de connaissances sur le recours et la rétention aux soins.... 15

Figure 13 Paquet thérapeutique en fonction du niveau de santé.... 20

Tableau 1 Estimation du coût de la prise en charge des PVVIH par GHM au Centre Hospitalier Roi Baudouin en 2016.... 27

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) dans le monde a considérablement diminué, passant de 3,2 millions en 2000 à 2,1 millions en 2015. En parallèle, une réduction importante du nombre de décès liés au VIH a été observée. Pourtant, en 2015, ce nombre s'élève toujours à près de 1,1 millions et la diminution du nombre de décès semble stagner depuis les trois dernières années. La proportion de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) se présentant aux soins dans un stade avancé de la maladie semble également se stabiliser depuis les cinq dernières années.

La République Démocratique du Congo (RDC) est un pays à basse prévalence du VIH et à basse couverture de dépistage et de traitement; on estime que seulement une personne sur deux atteinte du VIH a été diagnostiquée et que seulement 38% des PVVIH ont accès aux antirétroviraux (ARV). Le stade VIH avancé (caractérisé par des CD4 $\leq$ 200 cellules/µL) concerne trois catégories de PVVIH: celles qui n'ont jamais eu accès au traitement ARV; celles sous traitement mais en échec thérapeutique (le virus est devenu résistant au traitement) et celles initiées au traitement mais qui l'ont ensuite interrompu (perdus de vue). Le risque d'évoluer vers le stade VIH avancé est continu et présent à tous les niveaux de la cascade de soins: de l'infection au moment du dépistage, de la mise sous ARV, de la rétention aux soins et du maintien d'une charge virale indétectable.

Une cartographie récente des infections opportunistes (IO) chez les PVVIH réalisée par le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) sur l'ensemble du pays a montré que 63% des PVVIH présentait au moins une infection opportuniste et 11% des PVVIH arrivait dans un état grabataire pour la première consultation. À Kinshasa, environ 30% des patients se présentant dans l'un des quatre centres de santé soutenus par les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF) ont un taux de CD4 inférieur à 100 cellules/µL à la première consultation. Au Centre Hospitalier Kabinda (CHK), un hôpital de MSF spécialisé dans la prise en charge des PVVIH, deux tiers (70%) des patients ont un taux de CD4 à l'admission inférieur à 200 cellules/µL et un quart (24%) ont un taux de CD4 inférieur à 25 cellules/µL. La mortalité hospitalière au CHK est extrêmement élevée; plus d'un patient sur trois (37%) décède au cours de son séjour à l'hôpital et un décès sur trois (31%) survient au cours des premières 48 heures. La tuberculose, les infections neuroméningées et la pneumocystose représentent 85% des diagnostics à l'admission et 95% des décès au CHK.

Plusieurs barrières peuvent expliquer la présentation tardive aux soins et la proportion importante de personnes en stade VIH avancé à Kinshasa; principalement la stigmatisation liée au VIH, extrêmement présente et intensifiée par certains leaders religieux; le manque de connaissance sur le VIH dans la population générale et chez les soignants et; le coût économique des soins. Tous ces facteurs sont majorés par le contexte de basse prévalence et le peu de ressources dédiées à la lutte contre le VIH.

Afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des patients en stade VIH avancé, une intervention spécifique et adaptée est nécessaire à tous les niveaux du système de soins et doit être renforcée par un système de référence des PVVIH entre les différents dispositifs. Il est également capital d'assurer la gratuité de la prise en charge des PVVIH, en ligne avec la politique nationale.

Des efforts urgents sont nécessaires afin d'améliorer la détection précoce des PVVIH en stade avancé et leur prise en charge adaptée. Ce rapport détaille les directives spécifiques, les paquets diagnostics et thérapeutiques adaptés et nécessaires ainsi que les coûts liés à l'hospitalisation des patients en stade avancé de l'infection au VIH. En réunissant ces éléments dans ce rapport, nous espérons fournir les informations nécessaires à d'éventuels partenaires souhaitant se mobiliser pour le financement d'une prise en charge gratuite des patients en stade VIH avancé. Ceci pourrait permettre, à terme, de contribuer à la réduction de l'ampleur du VIH avancé à Kinshasa.

INTRODUCTION

Depuis les vingt dernières années, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH dans le monde a considérablement diminué, passant de 3,2 millions en 2000 à 2,1 millions en 2015. En parallèle, les efforts entrepris pour la prise en charge précoce de la maladie ainsi que l'amélioration de l'accès aux thérapies antirétrovirales (ART) ont permis une réduction importante du nombre de décès liés au VIH. Malgré de nettes disparités, le taux de CD4 médian à l'initiation de la thérapie antirétrovirale - facteur prédictif de la survie des patients - semble en nette progression dans toutes les régions du monde. Ainsi, entre 2007 et 2015, le taux de CD4 médian est passé de 220 à 480 cellules/µL en Amérique du Nord et de 160 à 230 cellules/µL en Afrique de l'Ouest.

Pourtant, en 2015, toujours près d'1,1 millions de décès liés au VIH ont été enregistrés (2) et la diminution du nombre de décès semble stagner depuis les trois dernières années (3). Par ailleurs, la proportion de PVVIH se présentant aux soins dans un stade avancé de la maladie semble également peu diminuer depuis les cinq dernières années (4). Compte tenu de ces observations, il devient de plus en plus évident que l'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2020 en termes de mortalité liée au VIH (moins de 500 000 personnes) ne pourra être atteint.

Ce document est un rapport technique qui regroupe les aspects épidémiologiques, médico-sociaux, économiques et opérationnels des patients en stade VIH avancé à Kinshasa. Il a été conçu à partir de la synthèse de documents de référence, du témoignage de patients pris en charge dans les hôpitaux soutenus par le projet SIDA de MSF à Kinshasa, et du témoignage de professionnels de santé spécialistes de la prise en charge du VIH avancé. Rédigé par une équipe pluridisciplinaire, il est destiné aux équipes de direction des établissements publics hospitaliers, aux professionnels de santé et cadres de ces établissements, aux décisionnaires médicaux du Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo (RDC) et de ses partenaires, ainsi qu'aux décisionnaires politiques et principaux donateurs en RDC (Fond Mondial, PEPFAR et USAID).

Les objectifs de ce rapport sont les suivants :

- Décrire la **situation actuelle des patients en stade VIH avancé** dans les structures de la ville de Kinshasa appuyées par MSF en présentant les données disponibles d'un point de vue quantitatif et qualitatif, et en la situant par rapport au contexte international (**Chapitre 1**)
- Présenter **l'enjeu de santé publique** majeur que représente actuellement le VIH avancé, et sa prise en compte dans la stratégie mondiale des cibles ONUSIDA 90/90/90 (**Chapitre 1**)
- Proposer des solutions pour l'identification et la prise en charge rapide et gratuite des patients en stade VIH avancé en décrivant:
    - Un **paquet diagnostic et thérapeutique d'implémentation** pour l'identification et la prise en charge des patients en stade VIH avancé aux niveaux communautaires, des soins de santé primaires et à l'hôpital (quel minimum requis en termes de protocoles cliniques, tests diagnostics et médicaments ?) (**Chapitre 2**)
    - Le **coût économique** par «groupes homogènes de malades» que représente la prise en charge des patients en stade VIH avancé à l'hôpital (**Chapitre 3**)
- Proposer un modèle de soins adapté pour l'amélioration de la **prise en charge** du VIH avancé intégrant tous les niveaux du système de soins (**Chapitre 4**)

Médecins sans Frontières (MSF) est engagé dans la lutte contre le VIH en RDC depuis 1993. En intervenant aux niveaux communautaire, primaire, secondaire et tertiaire du système de santé, le projet SIDA à Kinshasa apporte une aide médicale aux personnes infectées par le VIH. Malgré les efforts fournis depuis une quinzaine d'années, les équipes de MSF continuent à être les témoins de la tragique situation du VIH avancé à Kinshasa. La gravité de la situation amène MSF à poursuivre son engagement pour l'amélioration de l'identification et la prise en charge de ces patients.

CHAPITRE 1

Etat des lieux de la situation des patients en stade VIH avancé à Kinshasa

Dr. Willy Tshimbombo est médecin au CHK (Centre Hospitalier de Kabinda) depuis 2010. En 2012, il est devenu médecin chef d'équipe.

"Le grand défi dans le service d'hospitalisation du CHK, c'est l'état dans lequel les patients arrivent, souvent déjà très avancé. On lutte pour leur survie. Souvent, nous n'avons pas beaucoup d'information sur eux. La sérologie étant souvent masquée, les accompagnants ne sont pas toujours informés du statut VIH des membres de leur famille. (...) Beaucoup de ces patients arrivent avec un taux de CD4 en dessous de 100. Il y a plusieurs raisons à cela : soit c'est l'ignorance de la part du personnel soignant, le patient continue à se dégrader malgré tous les soins qu'on lui donne car le traitement n'est pas spécifique. Soit c'est à cause de l'auto stigmatisation, ce sont des personnes qui connaissent leur état sérologique mais qui continuent de passer d'un centre à un autre espérant une guérison miraculeuse. La troisième raison c'est le message répandu dans les églises; certaines personnes croient encore à des guérisons miracles, ils espèrent et attendent jusqu'à ce qu'ils perdent totalement leur force physique (...)."

Chantal Meta Kadima a été diagnostiquée séropositive en 2004. Elle a été hospitalisée en 2008 au CHK avec un taux de CD4 de 44 cellules/µl. Elle a aujourd'hui une charge virale indétectable.

"Ma famille m'a caché la maladie de mon premier fils, puis ils m'ont caché ma propre séropositivité (...). Un jour, j'ai surpris une discussion téléphonique entre mes parents et ma grande sœur. Ils lui expliquaient qu'il fallait préparer les cercueils, pour mon fils décédé et pour moi. (...) Mon état physique était devenu très choquant, ma famille m'avait isolée dans une chambre avec mon enfant, personne ne pouvait rentrer. Parfois, un voisin me donnait à manger. Cette situation a duré quatre années. Un jour, alors que j'allais en consultation, je suis tombée dans les pommes avec mon fils dans les bras. Une dame a ramassé mon sac et m'a emmenée au CHK et quelques jours et après, je suis tombée dans le coma pendant deux mois. Quand je me suis réveillée, je ne savais plus rien, je ne connaissais personne, je respirais avec des sondes, je ne pouvais plus manger et je pesais moins de trente kilos. Je ne pouvais même pas prendre un miroir car quand je me regardais, je pleurais (...). Mes sœurs avaient distribué mes affaires car tout le monde me croyait morte (...). Pourtant un jour, après trois mois d'hospitalisation, je suis sortie de l'hôpital. J'ai dû tout réapprendre, comme marcher par exemple. Mais avec les conseils du personnel de l'hôpital et les groupes de support, je me suis doucement rétablie. Ça m'a donné l'envie d'aider les autres à mon tour. C'est pour cela que j'ai commencé à travailler dans les PODI. Aujourd'hui ma charge virale est indétectable. Je ne veux plus avoir honte de mon état sérologique. Je travaille tous les jours et suis fière de ce que je suis devenue."

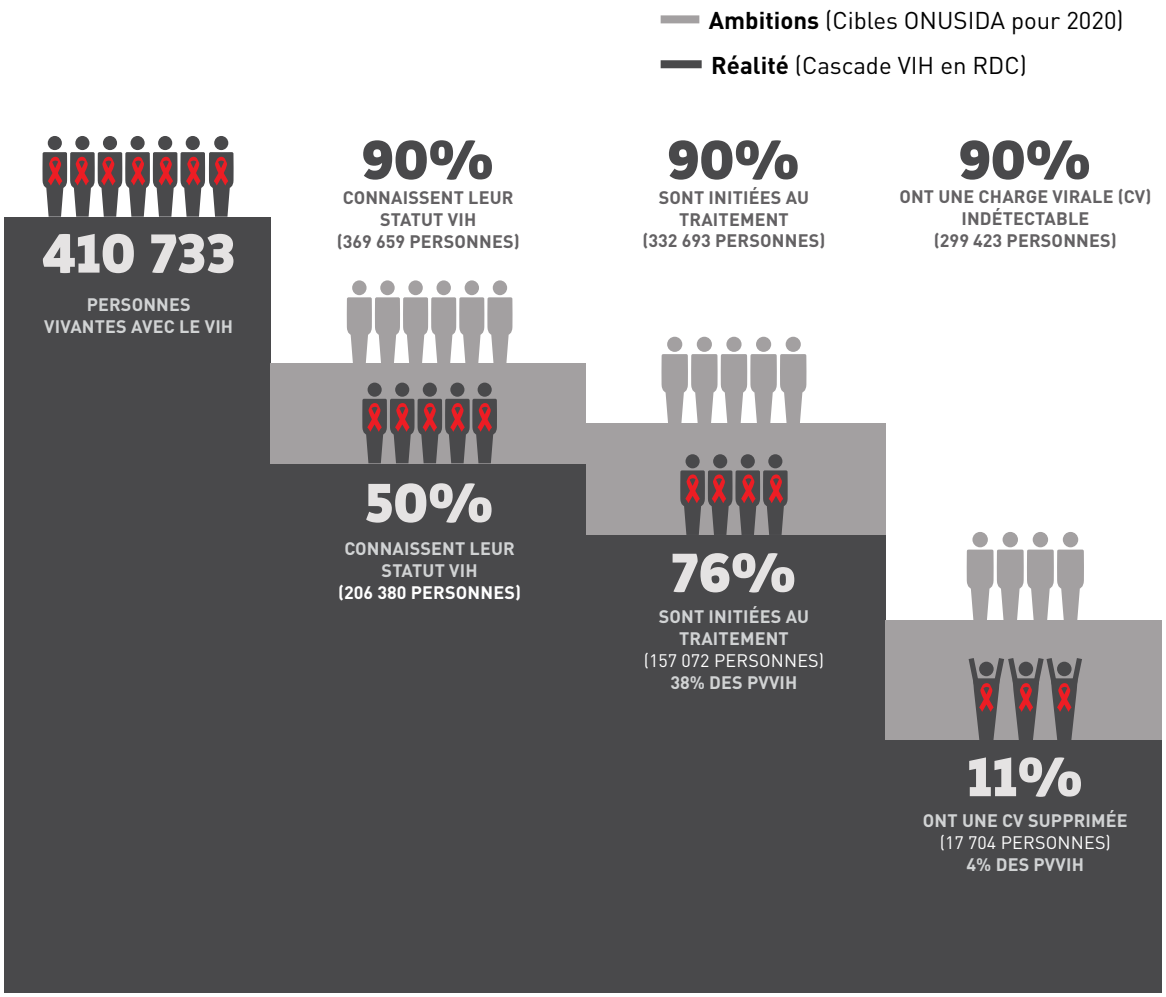
Stade VIH avancé à Kinshasa

La RDC, avec une prévalence VIH estimée à 1,2% en 2014, est classée parmi les pays à faible prévalence de l'Afrique subsaharienne (5). Cependant, à l'heure actuelle, on estime que seulement une personne sur deux atteinte du VIH a été diagnostiquée dans le pays. La mise sous traitement ARV concerne aujourd'hui environ 38% des PVVIH du pays (Figure 1) (6).

A Kinshasa, capitale de la RDC qui compte près de 13 millions d'habitants, la prévalence du VIH a été estimée à 1,6% (5). En 2016, le nombre de PVVIH sous traitement ARV était estimé à environ 46 000 personnes (7).

Une cartographie récente des PVVIH sur l'ensemble du pays a montré que 63% présente au moins une infection opportuniste, et 12% se présente dans un état grabataire lors d'une visite de santé. A Kinshasa, la tuberculose (TB) pulmonaire représente l'infection opportuniste la plus fréquente (48% des PVVIH) (8).

Figure 1 Cascade des soins VIH en RDC : les ambitions face à la réalité



Source : rapport annuel 2016, Programme national de Lutte contre le SIDA et les IST (PNLS) RDC

LE PROJET MSF À KINSHASA

L'action du projet MSF à Kinshasa a débuté en 2002 avec le centre de traitement ambulatoire Kabinda, devenu le centre hospitalier de Kabinda lors de la création d'une unité d'hospitalisation en 2008.

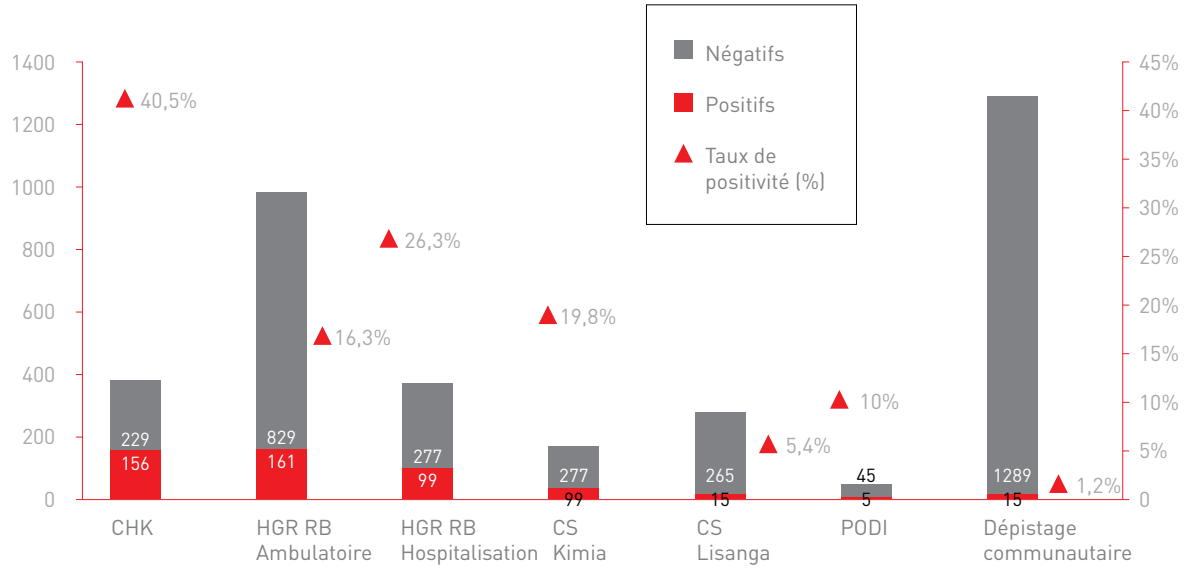
Le **CHK** est un **centre hospitalier de référence et de formation** (pour MSF et ses partenaires). Il s'agit d'une structure privée qui prend en charge gratuitement les personnes atteintes du VIH. Le centre se compose d'une partie hospitalière avec 41 lits (160 patients hospitalisés en moyenne par mois, taux d'occupation moyen de 120% et durée moyenne d'hospitalisation de cinq jours) et d'une partie ambulatoire dans laquelle une cohorte de 1500 patients stables est suivie. Bien que situé dans la zone de santé de Lingwala, l'établissement accueille des PVVIH provenant de toute la ville de Kinshasa. Environ 650 patients y sont référés par d'autres centres de santé.

Un programme de mentorat (mentoring) et de supervision clinique est également mis en place avec l'accompagnement de deux **hôpitaux généraux** (l'hôpital général de référence Roi Baudoin -HGR RB- et le centre mère et enfant de Ngaba) ainsi que de deux **centres de santé** (CS - Kimia et Lisanga). Dans le cadre de la stratégie "Test and Treat", une nouvelle activité a débuté fin 2016 afin d'augmenter le nombre de dépistages et d'initiations aux traitements.

Par ailleurs, le volet décentralisation du projet SIDA apporte également un appui au **niveau communautaire** (appui dans la multiplication des points de distribution communautaire d'ARV (PODI), des **soins de santé primaires** (centres de santé) et des **soins de santé secondaires** (hôpitaux généraux).

Enfin, l'activité de dépistage dans les structures supportées par MSF est pratiquée à tous les niveaux du système de santé, comme le montre la figure 2.

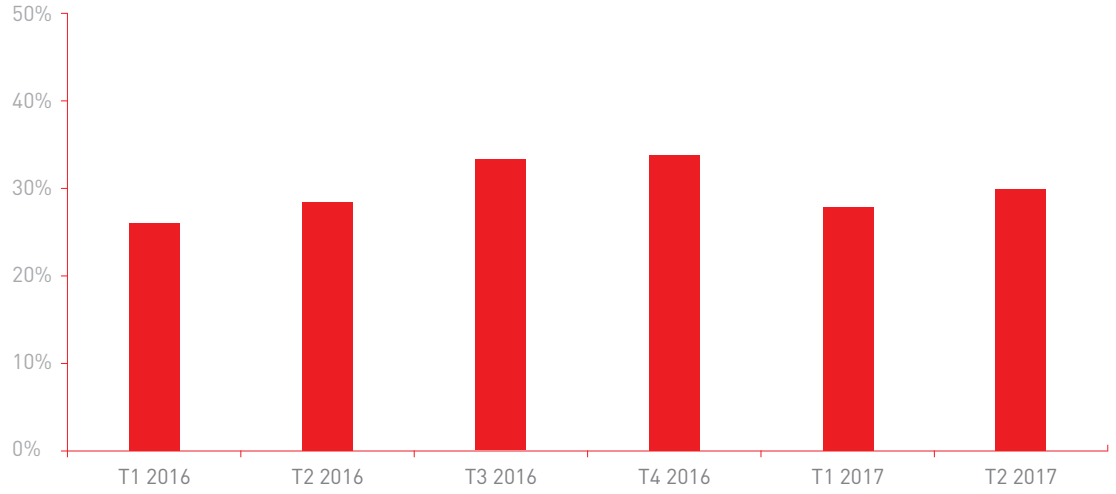
Figure 2 Nombre de dépistages et taux de positivité dans les structures soutenues par MSF et au niveau communautaire, 1er trimestre 2017



Le CHK représente une porte d'entrée aux soins avec 41% de dépistages positifs (en ambulatoire). Les séances de dépistage et conseil initiés par les prestataires (DCIP) dans les PODI ont permis de diagnostiquer 10% des personnes dépistées.

Au niveau des soins de santé primaires, malgré une augmentation du taux médian des CD4 à l'initiation, une proportion importante de patients est en stade avancé de l'infection au VIH. L'augmentation de la médiane des CD4 à l'initiation doit cependant être nuancée car elle est fortement influencée par le changement des critères d'éligibilité aux traitements ARV dans les directives OMS repris dans les directives nationales (le seuil des CD4 pour l'éligibilité des patients aux TARV est passé de 350 à 500 cellules/µL en 2013). La proportion de patients avec des CD4 inférieurs à 100 cellules/µL à la première consultation dans six centres de santé de la ville de Kinshasa est restée globalement stable depuis 2012 et représente environ un tiers des patients (Figure 3).

Figure 3 Proportion de patients avec des CD4 ≤ 100 à l'initiation ARV en ambulatoire dans quatre centres de santé soutenus par MSF depuis 2016



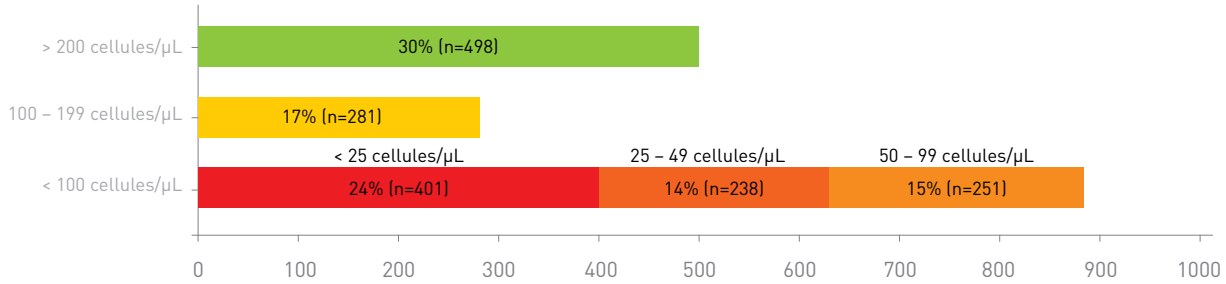
Environ 30% des patients se sont présentés avec un taux de CD4 ≤ 100 cellules/µL à la première consultation dans quatre centres de santé de la ville de Kinshasa en ambulatoire en 2016.

Source : Tier.net

Au niveau de l'hôpital, deux tiers des patients ont un taux de CD4 à l'admission inférieur à 200 cellules/µL. Entre 2012 et 2016, au début du suivi en ambulatoire au CHK, 42% des patients avaient des CD4 inférieurs à 100 cellules/µL et, pour 58% d'entre eux, les CD4 étaient inférieurs à 200 cellules/µL (VIH avancé). Ces proportions sont restées globalement stables entre 2012 et 2016.

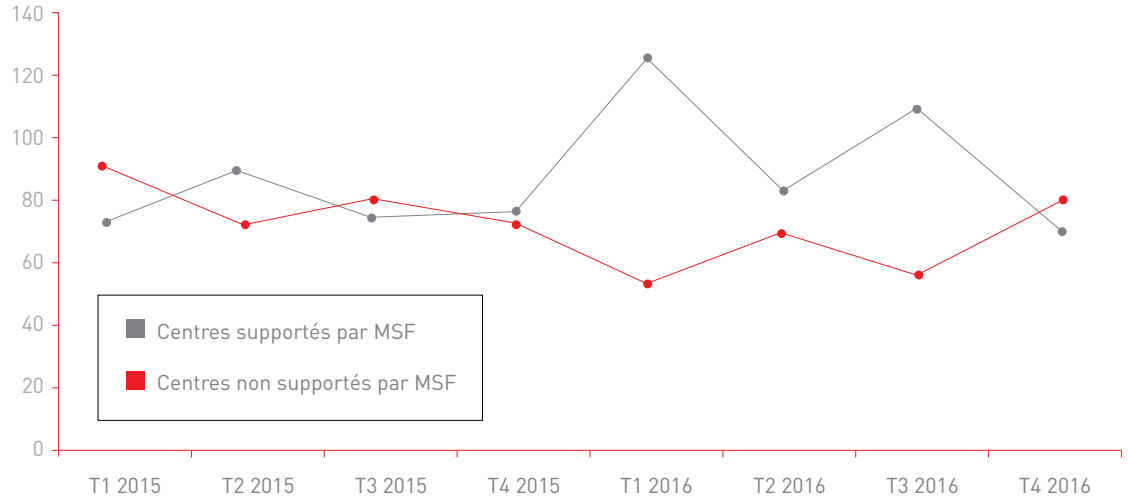
Les CD4 à la première hospitalisation au CHK étaient de 84 cellules/µL [26-244] entre 2015 et 2017. Sur la même période, respectivement 53% et 70% des patients avaient des CD4 inférieurs à 100 et à 200 cellules/µL à l'admission et pour 24% des patients, ils étaient inférieurs à 25 cellules/µL (Figure 4) (9). Sur ces deux années, la médiane des CD4 à l'admission n'a pas évolué, restant stable autour de 80 cellules CD4/µl (Figure 5). A l'hôpital du Roi Baudouin, le taux de CD4 moyen à l'admission était égal à 113 cellules/µl en 2016.

Figure 4 Taux de CD4 (cellules/µL) à l'admission en hospitalisation CHK, 2015-2017 (n=1669)



A l'admission en hospitalisation au CHK, 70% des patients ont des CD4 ≤ 200 cellules/µL et 24% des patients ont des CD4 ≤ 25 cellules/µL. La majorité des patients admis sont en immunodépression sévère.

Figure 5 Taux médian de CD4 (cellules/µL) des patients à l'admission en hospitalisation au CHK en fonction du centre d'origine, 2015-2017



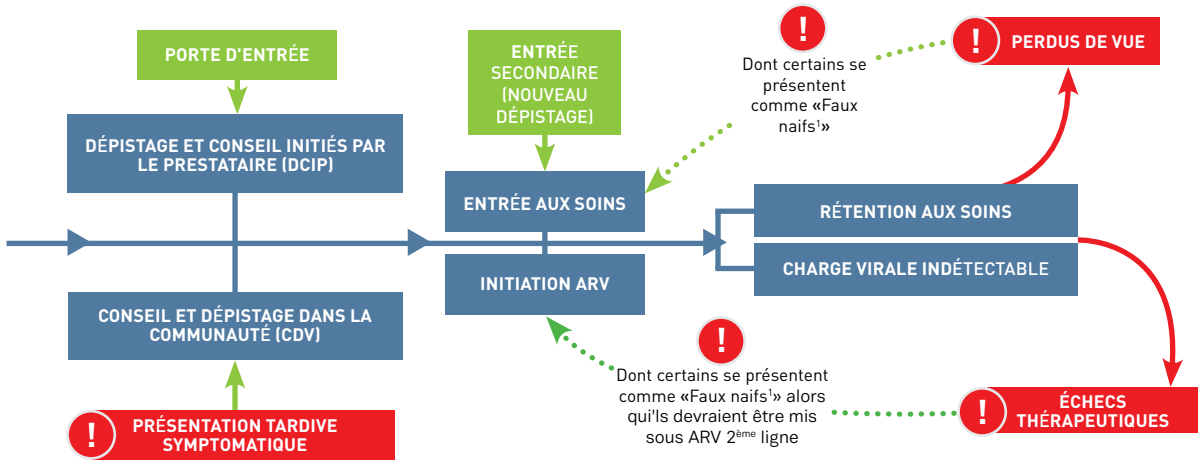
Le taux médian de CD4 à l'hospitalisation n'a pas évolué au cours du temps, restant stable autour de 80 cellules CD4 par µl. Il est supérieur pour les patients provenant de centres soutenus par MSF que pour les autres.

Les patients en stade avancé sont-ils sous traitement ARV? Une image différente entre l'hôpital et la communauté.

Les PVVIH présentant des CD4 extrêmement bas, en stade VIH avancé concernent trois catégories: celles qui n'ont jamais eu accès au traitement (patients naïfs)- soit parce qu'elles n'ont jamais été dépistées pour le VIH soit parce qu'elles n'ont jamais été initiées au traitement après avoir été dépistées; celles qui sont sous traitement (patients non naïfs) mais en échec thérapeutique (le virus est devenu résistant au traitement qui n'a plus d'efficacité); et celles qui ont été initiées au traitement mais l'ont interrompu (perdus de vue).

Le risque de se trouver au stade VIH avancé existe à tous les niveaux de la cascade de soins VIH: dépistage, mise sous ARV, rétention aux soins et charge virale indétectable comme l'illustre la figure 6.

Figure 6 Cyclicité des entrées et sorties dans la cascade de soins VIH



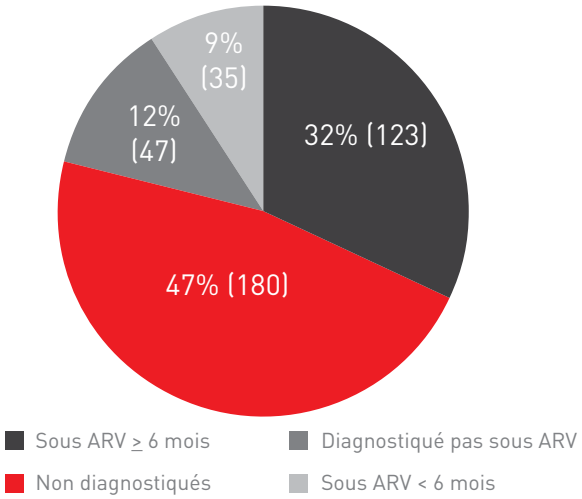
LÉGENDE

EN BLEU: les étapes de la cascade de soins VIH | **EN VERT:** les entrées dans la cascade de soins VIH | **EN ROUGE:** les sorties de la cascade de soins VIH

! Les situations à risque pouvant conduire au VIH avancé (les patients entrent dans la zone de danger quand leur taux de CD4 descend en dessous de 200).

[1]Faux naïfs : ont déjà débuté les ARV mais ne le déclarent pas en se présentant aux soins

Figure 7 Proportion de PVVIH avec des CD4 ≤ 200 cellules/µL (n=385) selon le statut de diagnostic et de traitement (Malawi, Afrique du Sud, Kenya, 2012 - 2013)

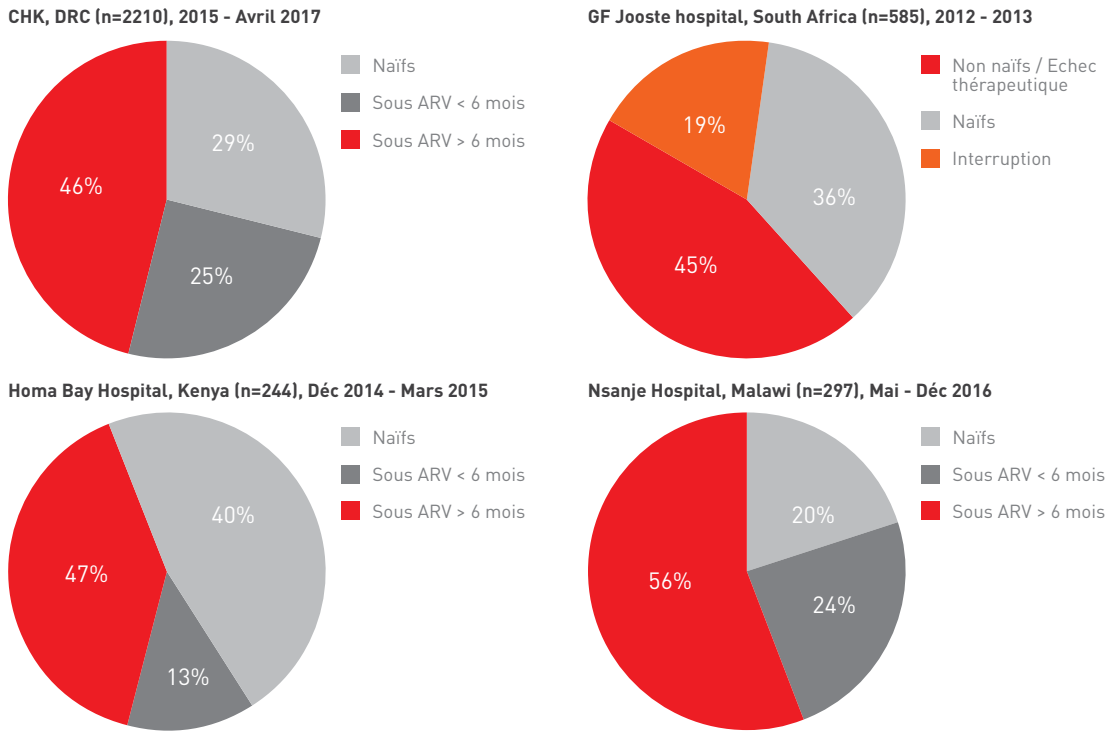


Ces données sont issues de trois études de prévalence en population et illustrent que près de 60% de l'ensemble des PVVIH en stade VIH avancé (CD4 < 200) dans la communauté (en population) n'avait jamais initié les ARV.

Dans la communauté, la majorité des PVVIH en stade avancé de l'infection VIH n'ont jamais initié un traitement ARV. Une étude en population récente conduite au Kenya, au Malawi et en Afrique du Sud a montré que, parmi les PVVIH avec des CD4 inférieurs à 200 cellules/µL, seuls 32% avaient déjà initié un traitement ARV pour six mois ou plus; 47% n'avaient jamais été diagnostiquées; 12% avaient déjà été diagnostiquées mais non-initiées aux ARV et 9% étaient sous ARV pour moins de six mois (Figure 7) (10). Les pays couverts par cette étude sont par ailleurs des pays à haute prévalence du VIH (respectivement de 5,9%, 10,8% et 11,2% au Kenya, Malawi et en Afrique du Sud). Dans un pays à faible prévalence et faible couverture comme la RDC, cette situation est probablement majorée par une proportion encore plus élevée de PVVIH en stade VIH avancé qui ne sont ni diagnostiquées ni traitées.

A l'hôpital, la majorité des PVVIH hospitalisées en stade VIH avancé ont déjà été exposées aux ARV et sont soit en échec thérapeutique, soit en interruption de traitement. Au CHK, parmi les patients hospitalisés entre janvier 2015 et avril 2017 (n=2210), 71% étaient non naïfs vis-à-vis du traitement, 25% avaient débuté les ARV dans les six derniers mois et 46% plus de six mois avant leur hospitalisation (Figure 8). En moyenne, le taux médian de CD4 pour les personnes ayant débuté les ARV depuis plus de six mois était de 100 cellules/µL [27-290] et celui pour celles ayant débuté les ARV depuis moins de six mois, de 83 cellules/µL [23-217] (9).

Figure 8 Proportion de patients naïfs et non naïfs à l'admission dans quatre hôpitaux soutenus par MSF



Dans quatre hôpitaux soutenus par MSF (à Kinshasa en RDC, à Cape Town en Afrique du Sud, à Homa Bay au Kenya et à Nsanje au Malawi), plus de la moitié des patients hospitalisés en stade VIH avancé sont non naïfs : ils ont déjà initié un traitement ARV.

Le même constat est fait dans d'autres hôpitaux d'Afrique soutenus par MSF (Figure 8). Au Kenya, une étude hospitalière a montré que, parmi les patients en stade VIH avancé, 60% étaient déjà sous ARV, dont près de la moitié pour plus de six mois. Parmi eux, respectivement 44% et 35% étaient classés en stade 3 et 4 du VIH et 45% avaient un taux de CD4 inférieur à 100 cellules/µL. Une autre étude hospitalière conduite en Afrique du Sud a montré que parmi les patients en stade VIH avancé (n=585), 64% concernaient des patients non naïfs (11) (45% sous ARV au moment de l'enquête et 19% qui avaient interrompu leur traitement mais revenaient ensuite aux soins). A l'hôpital de Nsanje au Malawi, on constate une situation similaire avec 80% des patients hospitalisés non naïfs (Figure 8).

Une proportion non négligeable de patients en stade avancé de la maladie correspond à des patients qui ont temporairement interrompu leur traitement et qui ont à nouveau accès aux soins après une période de temps pendant laquelle ils développent des symptômes cliniques (12). Une étude sur la mortalité intra-hospitalière conduite au CHK en 2014 a montré que 48% des patients hospitalisés étaient en interruption de traitement depuis au moins trois mois avant l'hospitalisation (13).

Une étude conduite en Afrique du Sud a mis en évidence ce caractère cyclique du recours aux soins. Parmi les PVVIH perdues de vue des soins pendant au moins six mois, 34% ont à nouveau recours aux traitements au bout d'un certain temps, 7% sont admises à l'hôpital et 17% sont prises en charge dans un hôpital autre que celui de référence (les autres sont toujours perdues de vue). L'étude montre, par ailleurs, que le pourcentage moyen estimé de perte de vue à cinq ans après le début des ARV est de 25% et de 38% après dix ans (14).

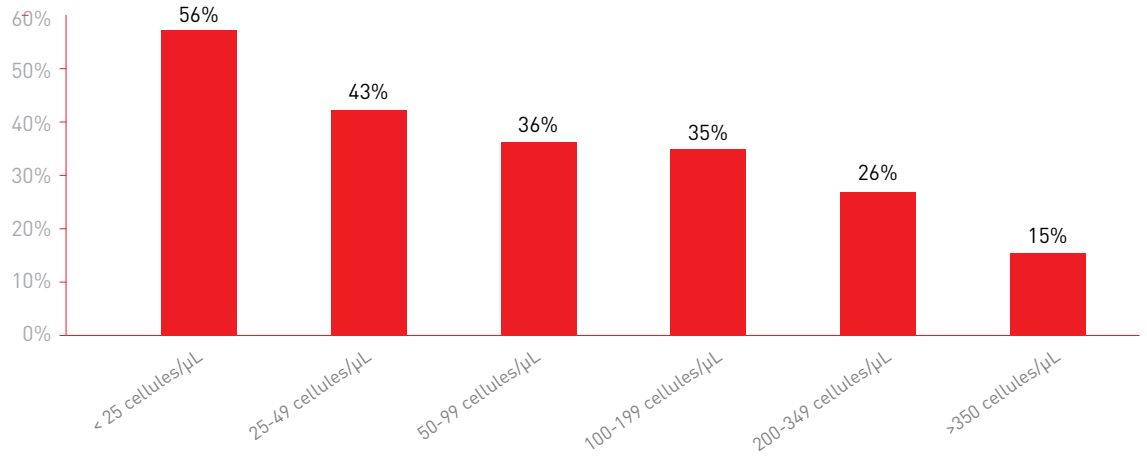
Parmi les PVVIH avec des CD4 inférieurs à 200 cellules/µL, la proportion des non naïfs est plus importante en hospitalisation que dans la population générale. En effet, les patients hospitalisés font partie d'un groupe particulier qui a accès aux soins (même si tardif et insuffisant) par opposition aux PVVIH non diagnostiquées et non traitées dans la population. La majorité des patients en stade VIH avancé se trouve probablement dans la population générale, hors du système de soins.

Une morbidité et une mortalité très élevées parmi les patients en stade VIH avancé

Les PVVIH en VIH avancé (CD4 < 200 cellules/µL) ont un risque de mortalité majoré, dû au risque accru d'infections opportunistes (15). Le taux de mortalité hospitalière au CHK est extrêmement élevé, plus d'un patient hospitalisé sur trois (37%) décède au cours de son séjour à l'hôpital. Ces décès surviennent au cours des premières 48 heures d'hospitalisation dans 31% des cas et au cours de la première semaine d'hospitalisation dans 65% des cas. La mortalité post-hospitalière est également très élevée bien que très difficile à mesurer du fait que le devenir des patients est souvent inconnu après leur sortie. Près de la moitié des personnes hospitalisées au CHK avec un taux de CD4 inférieur à 100 cellules/µL sont décédées pendant leur séjour (46%) (Figure 9). Parmi l'ensemble des personnes décédées (n=754), 71% avait débuté les ARV avant l'hospitalisation. A l'hôpital du Roi Baudoin, le taux médian de CD4 des décédés était de 40 cellules/µL [21-81] et 38% des décédés était sous ARV à l'admission.

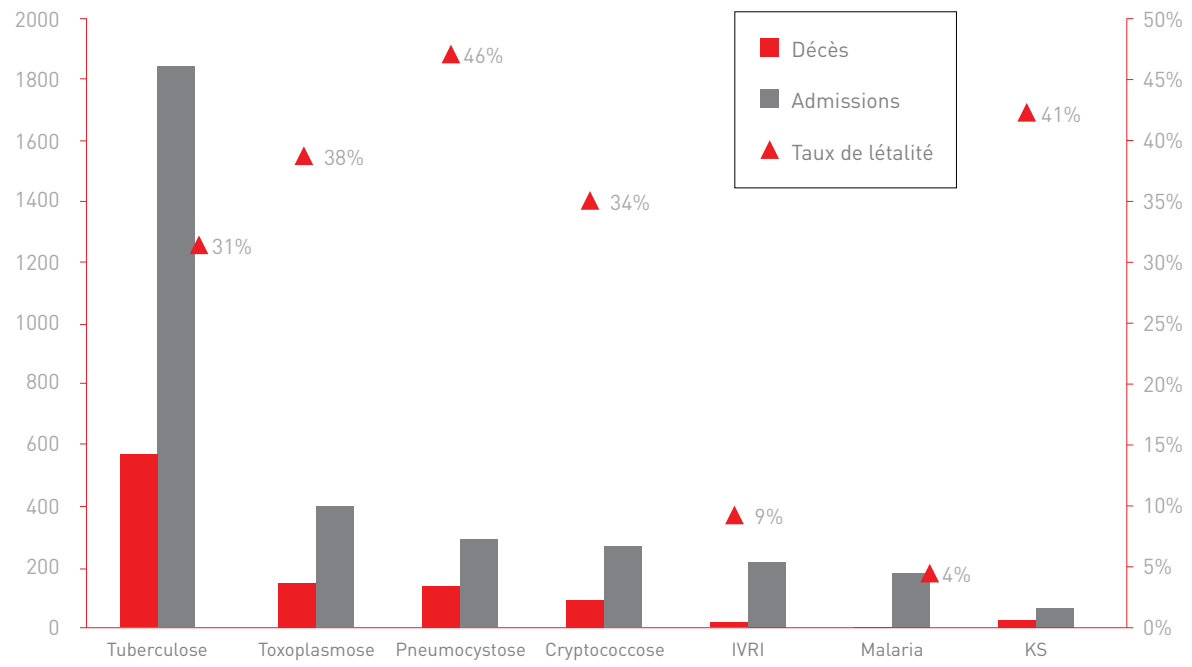
Cette mortalité extrêmement élevée est également retrouvée dans les hôpitaux de la région soutenus par MSF. En 2015, à l'hôpital d'Homa Bay au Kenya, la mortalité hospitalière des PVVIH a été mesurée à 17% et la mortalité post hospitalière à 30% (43% pour les PVVIH avec des CD4 ≤ 100 cellules/µL). Au Malawi, dans un hôpital public à Nsanje, la mortalité liée au VIH a été quantifiée à 29% (données de routine hospitalière, 2016), et à l'hôpital Donka de Conakry, à 46% (données de routine hospitalière, novembre 2016 – avril 2017).

Figure 9 Mortalité intra hospitalière au CHK, en fonction du taux de CD4 entre 2015 et 2017



Le taux de CD4 est le facteur de risque de mortalité le plus important.

Figure 10 Admissions, décès et taux de létalité en fonction des diagnostics principaux au CHK, 2015-2017.



LÉGENDE: IVRI: infections des voies respiratoires inférieures, KS: sarcome de Kaposi.

La tuberculose, les infections neuroméningées (toxoplasmose et cryptococcose) et la pneumocystose représentent 85% des diagnostics à l'admission et 95% des décès au CHK.

Les causes de décès des patients en stade VIH avancé

Au CHK, la principale cause d'hospitalisation est la tuberculose (56% des admissions), suivie des infections neurologiques et bactériennes (toxoplasmose 12%, pneumocystose 9%, cryptococcose 8%, pneumopathie 7%) comme le montre la figure 10. Le taux de létalité le plus important concerne la pneumocystose (137 décès sur 295 admissions, soit 46% de décès) suivi par le sarcome de Kaposi (29 décès sur 70 admissions, soit 41% de décès). Parmi les personnes hospitalisées pour tuberculose, 38% sont décédées pendant leur séjour à l'hôpital.

Quelles sont les raisons de la présentation tardive des PVVIH ?

Une étude qualitative récente conduite au CHK auprès de patients, des gardes-malades et du personnel de santé visait à comprendre les facteurs contribuant au recours aux soins tardif de certaines PVVIH (naïfs et non naïfs) et à explorer les facteurs influençant l'adhérence au traitement. Les résultats ont mis en évidence le caractère multifactoriel du phénomène (Figure 11). La stigmatisation et la crainte liée à la divulgation du statut VIH positif apparaissent de manière significative, de même que le coût lié aux soins VIH (consultations, tests de laboratoire, traitement des infections opportunistes) qui constituent une barrière majeure pour une grande majorité des PVVIH. Par ailleurs, le manque global de connaissances sur le VIH, renforcé par les faux messages diffusés par certains leaders religieux ont un impact contre productif sur le recours et l'adhérence aux soins. Enfin, le contexte très particulier de basse prévalence de la RDC (faibles couvertures de dépistage et de traitement et, faible priorisation du VIH) renforce ces facteurs. La stigmatisation des PVVIH et le manque de connaissance généralisé sur le VIH sont étroitement liés et ont un impact négatif sur la prise en charge des PVVIH, à tous niveaux de la cascade de soins (Figure 12).

Figure 11 Facteurs influençant le recours aux soins tardifs et le stade avancé de l'infection au VIH

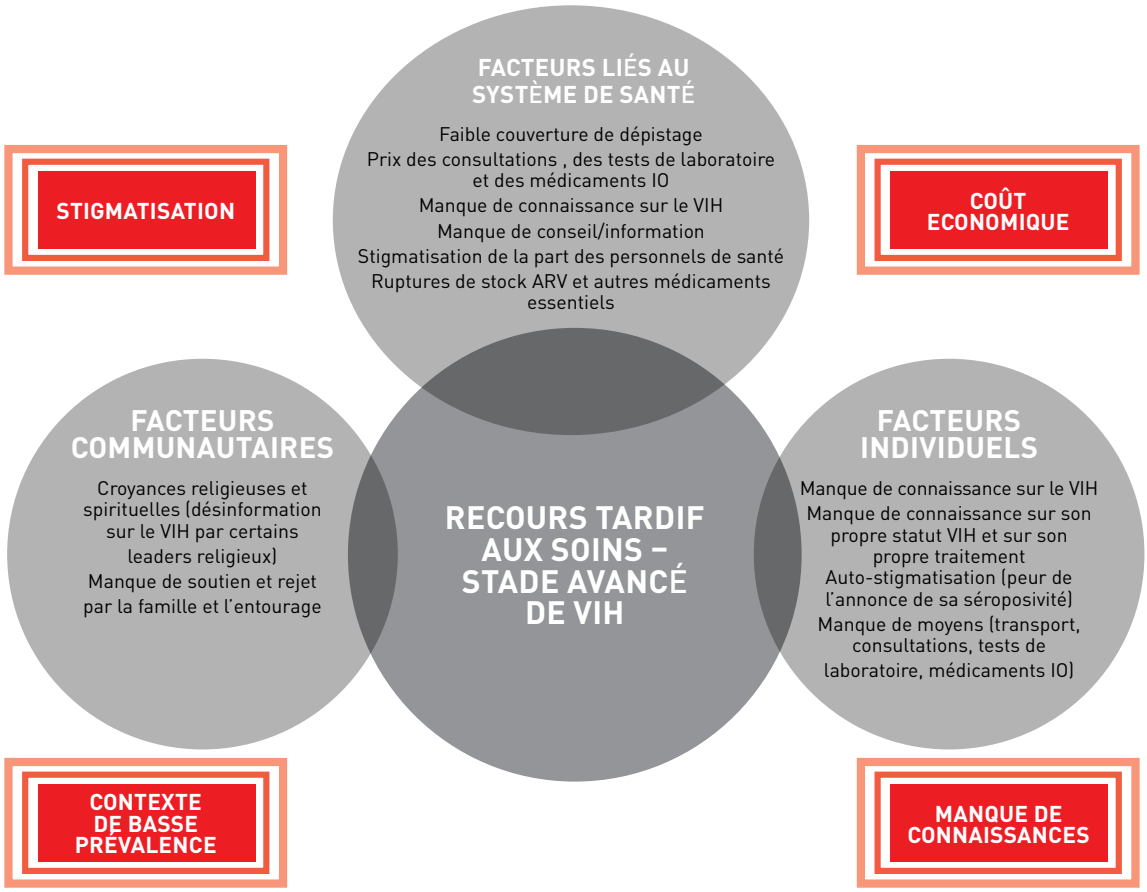
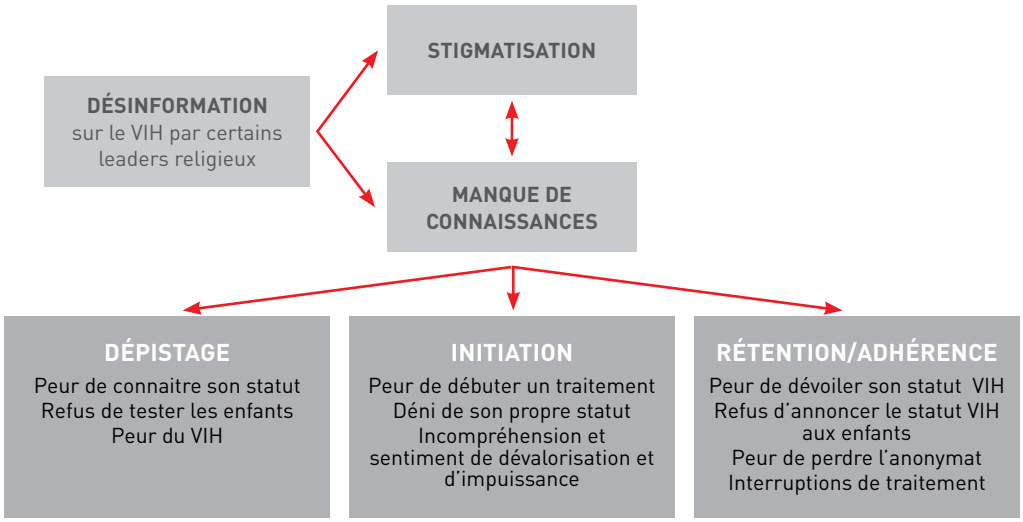


Figure 12 Impact de la stigmatisation et du manque de connaissances sur le recours et la rétention aux soins



A RETENIR

La mortalité intra hospitalière des patients en stade VIH avancé est extrêmement élevée et ne diminue pas malgré des années d'efforts. Le facteur de risque de mortalité le plus important est l'immunodépression; près de la moitié des patients hospitalisés au CHK avec des CD4 ≤ 100 cellules/µL sont décédés lors de leur séjour. La tuberculose, les infections neuroméningées et la pneumocystose représentent 85% des diagnostics à l'admission et 95% des décès au CHK. Une personne sur trois hospitalisée pour tuberculose est décédée lors de son séjour à l'hôpital. La stigmatisation, le coût économique des soins, le manque de connaissance, le tout dans un contexte de basse prévalence constituent des barrières majeures à l'accès aux soins des PVVIH à Kinshasa.

Ce patient a été hospitalisé au CHK dans un état très avancé du VIH. Il est décédé suite à de multiples infections opportunistes le jour suivant la prise de cette photo.

CHAPITRE 2

Proposition pour une diminution de la mortalité

Herman, né en 1991 est originaire de la République centrafricaine. Il a été diagnostiqué séropositif au Congo et il a été hospitalisé en 2016 au CHK. Il a aujourd'hui une charge virale indétectable et se bat contre la stigmatisation auprès des jeunes de son quartier.

"Quand j'ai appris mon état sérologique, ma réaction a été terrible; je pensais au suicide, j'étais vraiment désespéré. Je connaissais rien du VIH, seulement qu'on en mourrait. (...) Puis je suis devenu grabataire, j'ai perdu mes cheveux, je ne pouvais plus marcher. On me portait pour me laver, je ne pouvais plus manger seul. Mon premier jour d'hospitalisation, je me souviens de l'accueil. Le personnel médical me disait qu'il fallait prendre correctement mes médicaments et que, si je croyais en moi-même, j'allais m'en sortir. Je ne me souviens presque de rien des deux mois d'hospitalisation car j'ai perdu la mémoire pendant des semaines. Aujourd'hui je vais bien, ma charge virale est indétectable et je recommence à jouer au football. Même si je regrette ce qu'il s'est passé, ça m'a donné la force et le désir d'être quelqu'un de respectable et d'aider ceux qui souffrent en partageant mon témoignage. Maintenant, je connais beaucoup de choses sur le VIH et je souhaite transmettre cette information à mon tour. C'est pour cela que je suis devenu président d'un groupe de support pour les jeunes de Kinshasa."

Les différents niveaux de santé

Afin d'améliorer l'offre et l'accès à l'information, au dépistage et à des soins de qualité pour les patients en stade VIH avancé, il est nécessaire d'intervenir à tous les niveaux du système de santé : communautaire, primaire (centres de santé), secondaire (hôpitaux généraux) ainsi qu'au niveau tertiaire (hôpital de référence). Les activités mises en place à chaque niveau sont différentes et spécifiques, elles sont représentées dans la figure 15 et détaillées dans la suite du chapitre.

Au niveau communautaire

Au niveau communautaire, les objectifs sont d'améliorer l'information sur le VIH, de diminuer la stigmatisation, de multiplier le nombre de dépistages -y compris parmi les populations cibles- et de sensibiliser les patients, leurs familles et le personnel de santé dans la reconnaissance des signes de danger du VIH avancé (voir liste). Au delà du cadre de ce rapport, une solide stratégie de communication serait nécessaire pour contribuer à la diminution de la stigmatisation et à l'amélioration des connaissances sur le VIH. RNOAC, une des plus grandes organisations d'assise communautaire (OAC) (association de patients) en RDC, a permis la mise en place des PODI et organise des groupes de paroles et de support aux PVVIH. Dans le contexte spécifique du VIH avancé, l'objectif des PODI et des clubs est de détecter les signes de danger chez les PVVIH qui se présentent sévèrement malades (voir liste plus bas) et d'assurer leur orientation vers un hôpital (se référer au guide PODI MSF pour plus de détails).

Soins de santé primaires (centres de santé)

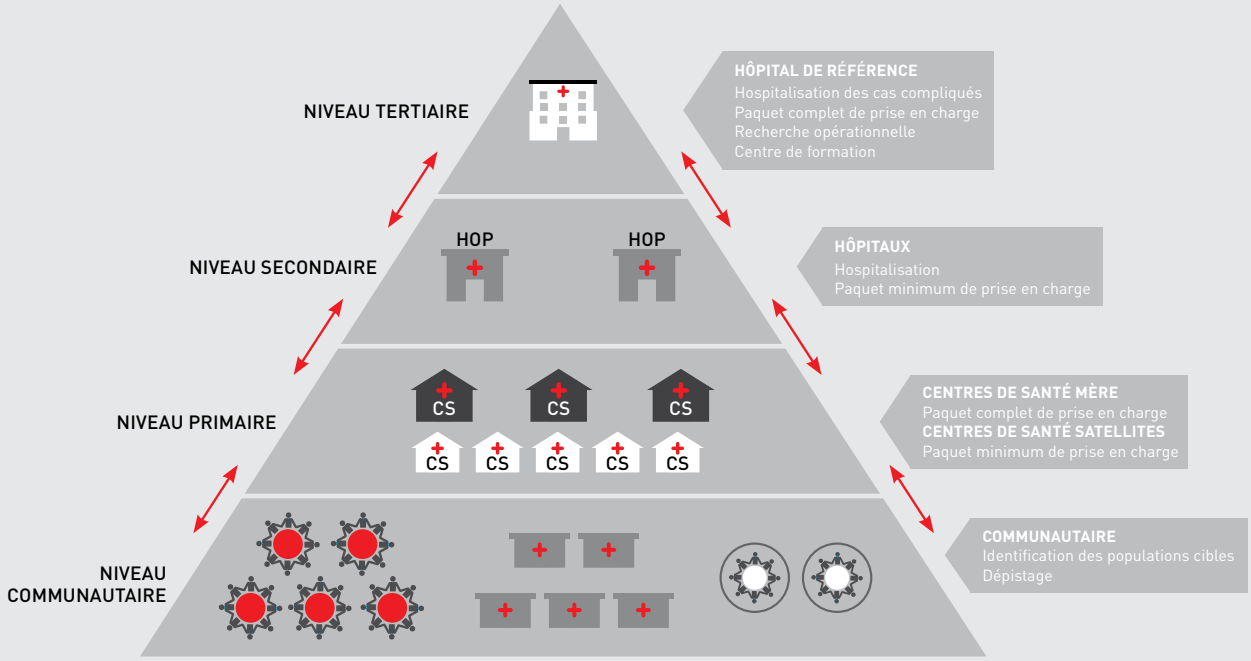
Il existe deux niveaux de soins de santé primaires: les centres de santé satellites (CSsat) et les centres de santé mère (CSm). Ils se différencient par leur nombre (les CSsat sont plus nombreux que les CSm) et leur capacité de prise en charge des patients (prise en charge de patients stables dans les CSsat, les CSm peuvent également assurer la prise en charge de patients instables). Au niveau des CS satellites, le paquet de soin VIH/TB dispensé correspond au paquet minimum de prise en charge tandis que l'offre de soins est complète dans les CS mère (Figure 13).

Soins de santé secondaires (hôpitaux généraux) et tertiaires (hôpitaux de référence)

La prise en charge des patients en stade VIH avancé doit être extrêmement rapide. La mortalité étant très élevée, il est nécessaire d'intervenir très rapidement pour minimiser au maximum le risque de décès des patients. Il est dès lors crucial de ne pas retarder les examens ni la prise en charge de ces patients.

Certains patients ont besoin d'une ponction lombaire à plusieurs reprises pour évacuer le liquide céphalo rachidien. Cela permet de réduire la pression intra crânienne qui a augmenté suite à la méningite à la cryptococcose.

Figure 13 Les différents niveaux de soins de santé à Kinshasa



SERVICE PROPOSÉ	PAQUET MINIMUM DE PRISE EN CHARGE (CS)	PAQUET COMPLET DE PRISE EN CHARGE (CS)
Dépistage et diagnostic TB (par questionnaire et identification des contacts)	+	+
Dépistage et diagnostic TB (GeneXpert et référence radio)		+
Initiation et suivi traitement TB	+	+
Dépistage VIH	+	+
Initiation ARV	+	+
Conseil (par personnel médical) et identification des signes de danger	+	+
Suivi de traitement de base (suivi clinique + dispensation ARV)	+	+
Suivi et diagnostic complet: CD4, Créatinine, Charge virale, diagnostic précoce des enfants et TB sur POC (Gxpert) ou référence, CRAG, TB-Lam, glycémie, bandelette urinaire, Tests diagnostics rapides Hépatite B et Syphillis		+
Conseil + recherche de perdus de vue par conseillère-pair		+
Prise en charge adaptée en cas de suspicion d'échec thérapeutique		+

LÉGENDE:

Les directives cliniques pour la prise en charge des PVVIH en stade VIH avancé

Pour diminuer la mortalité des patients en stade VIH avancé, une prise en charge rapide et spécifique est indispensable. Cela nécessite un paquet de soins adapté au VIH avancé composé de:

- Protocoles de traitement du stade VIH avancé
- Equipement diagnostic minimal
- Médicaments pour les pathologies principales
- Formation et mentorat clinique du personnel de santé
- Critères de référence et contre référence
- Directives spécifiques paramédicales pour le soutien des patients en stade avancé

Protocoles de traitement du stade VIH avancé

MSF a développé un manuel clinique adapté à la prise en charge du VIH avancé au niveau hospitalier (16).

Signes de danger

En cas de présence d'un ou de plusieurs signes de danger suivant, les patients doivent être référés dans une structure médicale adaptée à la prise en charge des PVVIH en stade avancé.

- Fréquence respiratoire > 30/min
- Saturation < 90%
- Température > 39°C
- Fréquence cardiaque > 120/min
- TA systolique < 90mmHg
- Déshydratation modérée à sévère
- Incapable de marcher sans aide
- Altération neurologique: confusion, troubles du comportement, état de conscience altéré
- Tout autre signe neurologique: céphalées, convulsions, paralysie, troubles phasiques, atteintes de nerfs crâniens, détérioration rapide de l'acuité visuelle.

Les patients, leurs familles et le personnel de santé doivent être sensibilisés dans la reconnaissance de ces signes. Un réseau de référence et contre référence des patients doit être clairement défini pour chaque niveau de soins.

Examen clinique

Il est important de retracer systématiquement l'histoire approfondie de la maladie en commençant par le problème et les plaintes actuelles. Il s'agit toujours de rechercher les plaintes neurologiques, respiratoires et la diarrhée. Les deux questions clés suivantes doivent ensuite être posées afin de comprendre l'historique du patient vis-à-vis des traitements ARV et anti-TB.

Question Clé n°1 : le patient est-il sous ARV?

La santé d'un patient sous ARV devrait s'améliorer et il ne devrait pas être sévèrement malade. Il est alors nécessaire de se demander ce qui explique cet état (cf. algorithme détaillé en annexe 1). De nombreux patients en stade critique sont en échec thérapeutique sous ARV de 1ère ligne et nécessitent un passage rapide à la 2ème ligne. Seulement traiter les infections opportunistes sans passage à un régime d'ARV efficace ne suffira pas à pour sauver la vie du patient. Les problèmes d'adhérence au traitement doivent simultanément être envisagés lors du changement de régime; garder un patient sous un traitement ARV inefficace risque d'entrainer sa mort.

Question Clé n°2: le patient est-il sous traitement anti tuberculeux ?

La santé d'un patient sous traitement anti-TB devrait s'améliorer et il ne devrait pas être sévèrement malade. Il est alors nécessaire de se demander ce qui explique cet état et d'explorer les possibilités.

Ensuite, un examen clinique complet doit être effectué. Il est nécessaire de réévaluer les paramètres vitaux et de réaliser un examen systématique et spécifique des systèmes neurologique et respiratoire. Le Sarcome de Kaposi doit être recherché ainsi que la rétinite à CMV en cas de détérioration récente de la vue.

Equipement diagnostic minimum

Les examens suivants sont à réaliser immédiatement à l'admission des patients en stade VIH avancé. Il est nécessaire de connaitre le plus rapidement possible l'état immunologique d'un patient ainsi que son ou ses diagnostics, afin de réduire au maximum le risque de mortalité. Il s'agit de tests qui devraient être disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. L'ensemble du personnel (cliniciens, infirmiers et personnel de laboratoire) devrait être formé à leur utilisation. Un système de transmission rapide des résultats aux équipes médicales doit être mis en place, en évitant tout retard.

Il s'agit des tests suivants :

- Test rapide VIH
- CD4
- CrAg sérique (dépistage cryptococcose)
- TB LAM (dépistage TB disséminée)
- Test Rapide malaria
- Glycémie
- Hémoglobine
- Analyse d'urine

Dépistage et diagnostic TB

La tuberculose doit être recherchée systématiquement chez chaque patient en stade VIH avancé. Le traitement TB doit débuter immédiatement en cas de résultat positif ou de décision de traitement empirique. Les deux tests à réaliser pour le

dépistage de la TB sont les suivants : TB LAM et GeneXpert (sur crachat et liquides extra-pulmonaires). D'autres investigations peuvent également être conduites si nécessaire (microscopie sur expectorations si le GeneXpert n'est pas disponible, radiographie du thorax, échographie abdominale).

Tests supplémentaires

Une ponction lombaire est nécessaire en cas de signes neurologiques pour analyser le liquide céphalo rachidien. Ceci permet de diagnostiquer ou d'exclure la TB neurologique, la méningite à cryptocoques, la toxoplasmose ou l'encéphalopathie liée au VIH.

Des tests sanguins supplémentaires pourront également être nécessaires pour l'évaluation de la fonction rénale, l'évaluation de la fonction hépatique, la numération et la formule sanguine, le test rapide pour la syphilis et le test rapide pour l'hépatite B.

Importance de démarrer le traitement sans délai

Il est nécessaire de débuter un traitement empirique à l'admission pour les infections opportunistes qui sont les causes de mortalité les plus fréquentes (la tuberculose, la pneumocystose et la toxoplasmose). On décide d'initier un traitement empirique lorsque la suspicion clinique est élevée mais qu'aucun test diagnostic n'est disponible, en cas de retard des résultats ou si les tests diagnostics ne permettent pas d'exclure le diagnostic.

L'immunodépression tue les patients, et ceux avec des CD4 inférieurs à 200 cellules/µL ont une mortalité extrêmement élevée. En cas de suspicion d'échec thérapeutique et si les CD4

PRISE EN CHARGE PARAMEDICALE: ACTIVITÉS DE SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Phase 1	À l'admission du patient	• Accueil du patient et des accompagnants • Présentation du circuit et des règles hospitalières • Début de l'évaluation des besoins du patient • Conseils sur l'importance de partager l'histoire clinique, spécialement les antécédents de TARV et de traitement anti-TB
Phase 2	Lors du séjour du patient (Après stabilisation du patient)	• Suivi de l'évaluation des besoins du patient et évaluation du niveau d'acceptation de la maladie • Accompagnement à l'annonce • Education thérapeutique adaptée à l'état du patient (TB/VIH), évaluation de l'adhérence et soutien à l'adhérence • Conseils et soutien aux garde-malades (dont groupes de paroles) • Conseils et soutien dans le dépistage des proches (index testing) • Conseils d'adaptation à l'environnement hospitalier • Diagnostic et prise en charge de la dépression • Conseils nutritionnels et physiologiques (kinésithérapie) • Soins palliatifs
Phase 3	Préparation à la sortie	• Renforcement des conseils déjà reçus • Mise en place d'un plan d'adhérence de retour à la maison • Entrainement et autonomisation du patient dans la prise de médicaments • Explication sur le circuit de traitement TB/VIH après hospitalisation et sur les réseaux de soutien • Evaluation socio-économique, identification du réseau social et appui pour le suivi post hospitalier • Explication des signes de danger et du système de référencement aux patients et aux accompagnants
En cas de décès du patient		• Annonce du décès aux membres de la famille • Soutien émotionnel des personnes affectées • Identification du réseau social

sont inférieurs à 200 cellules/µL, il est recommandé de débuter les ARV de 2ème ligne dans les premiers jours, voir les premières heures d'hospitalisation, sans attendre les résultats d'une 2ème charge virale élevée pour confirmer l'échec thérapeutique.

Médicaments pour les pathologies principales

La liste des médicaments nécessaires pour la prise en charge du VIH avancé est donnée en annexe 2. Plusieurs traitements spécifiques dont l'utilisation est peu courante à l'heure actuelle en RDC sont spécifiés ci-après:

- Pour le traitement pour la méningite à cryptocoques, choisir l'amphotéricine B liposomale, moins toxique que l'amphotéricine conventionnelle.
- Pour le traitement curatif des patients avec un sarcome de kaposi avancé, la doxorubicine est recommandée pour la chimiothérapie (en remplacement de la combinaison vincristine/bléomycine, moins efficace et plus toxique).
- Dans le cadre de la prophylaxie des infections opportunistes, une combinaison à dose fixe est disponible: cotrimoxazole, isoniazide et vitamine B6 en une seule molécule.

Ressources humaines

Les besoins en ressources humaines sont précisés ci-dessous selon les niveaux de santé.

- Niveau communautaire: associations de patients. Il est surtout important de sensibiliser et de former les personnels des PODI, des OAS, des clubs et leurs superviseurs (dépistage, distribution des ARV et orientation en cas de détection des signes de dangers).
- Soins de santé primaire
  - Centre de santé «satellite» (paquet minimum): infirmiers-consultants et pharmaciens. Les consultants sont formés au dépistage, aux conseils pré et post dépistage et à la détection des signes de danger. Ils prennent la décision de référence aux centres de santé mère ou au niveau hospitalier.
  - Centre de santé «mère» (paquet complet): conseillers, infirmiers-consultants, pharmaciens, laborantins. Le personnel est formé et accompagné dans la prise en charge et le suivi des PVVIH, y compris dans le dépistage et le traitement des IO.
- Soins de santé secondaire: conseillers en hospitalisation (dépistage et conseils initiés par le prestataire, DCIP), médecins, infirmiers, pharmaciens, laborantins. Le personnel clinique est formé dans la prise en charge des PVVIH en stade VIH avancé.
- Au niveau des centres de santé mère et des hôpitaux: les cliniciens sont accompagnés et formés via un programme de mentorat. Deux volets sont développés dans ce programme: des formations hebdomadaires pour tout le personnel du centre ou de l'hôpital et des échanges professionnels entre mentor et mentoré, dans un esprit de confiance et de partage. Dans l'objectif d'augmenter la qualité de prise en charge des PVVIH, le mentoré est accompagné pendant les consultations et les tours de salle.

Critères de référence et contre référence

A chaque niveau, des critères de référence sont définis pour l'orientation des patients vers une structure de santé adaptée. Les patients dépistés au niveau des PODI sont référés vers un centre de santé pour leur prise en charge et leur suivi. Les patients malades, nécessitant un suivi clinique et biologique plus fréquent et plus spécialisé, sont référés vers un centre de santé mère où le paquet complet de prise en charge est disponible. En cas de signe de danger et si une hospitalisation est nécessaire, les patients sont référés vers un des hôpitaux généraux de référence.

Directives spécifiques para-médicales pour le soutien des patients en stade VIH avancé

Les activités pour le support psychosocial et physiologique des patients hospitalisés indispensables à une prise en charge de qualité sont présentées dans l'encadré "Prise en charge paramédicale: activités de soutien et accompagnement des patients hospitalisés".

A RETENIR

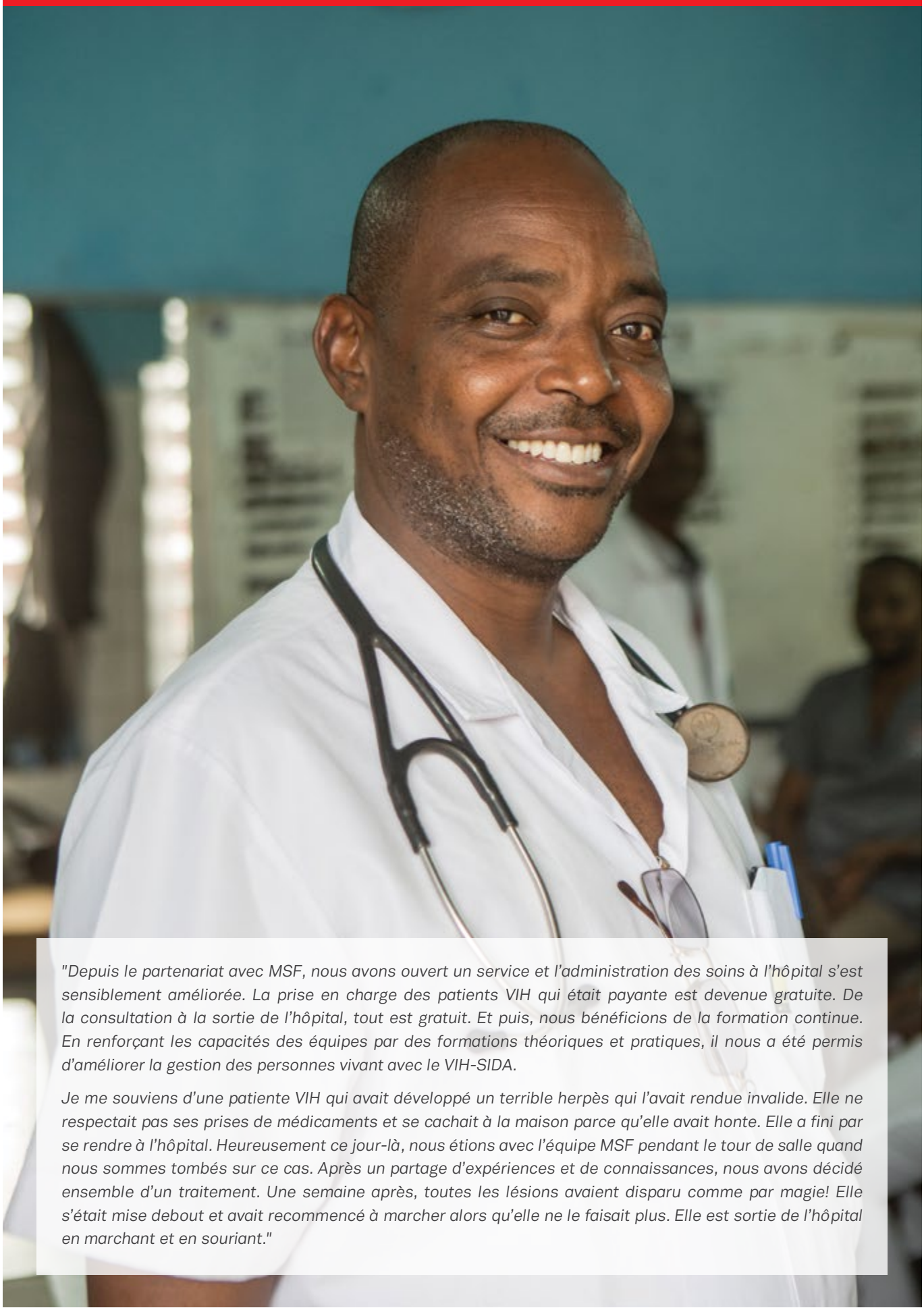
Afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des patients en stade VIH avancé, il est nécessaire d'intervenir à tous les niveaux du système de soins et d'assurer un système de référence entre les niveaux. L'offre de soins doit également être spécifique et adaptée à chaque niveau (cf. Figure 13). La mortalité hospitalière des patients en stade VIH avancé étant extrêmement élevée, une prise en charge rapide et spécifique est indispensable. Il est nécessaire de débuter un traitement empirique à l'admission des patients pour les infections opportunistes qui sont les causes de mortalité les plus fréquentes.

CHAPITRE 3

Coût de la prise en charge des patients en stade VIH avancé au niveau de l'hôpital

Dr Pulchéry, médecin MSF, accompagne Dr Zola, médecin à l'hôpital général du Roi Baudouin pour l'analyse de radiographies thoraciques d'un patient suspecté d'avoir contracté une tuberculose.

Dr Justin ANISHAYI est responsable du personnel de l'hôpital général de référence Roi Baudouin depuis 2000.



"Depuis le partenariat avec MSF, nous avons ouvert un service et l'administration des soins à l'hôpital s'est sensiblement améliorée. La prise en charge des patients VIH qui était payante est devenue gratuite. De la consultation à la sortie de l'hôpital, tout est gratuit. Et puis, nous bénéficions de la formation continue. En renforçant les capacités des équipes par des formations théoriques et pratiques, il nous a été permis d'améliorer la gestion des personnes vivant avec le VIH-SIDA.

Je me souviens d'une patiente VIH qui avait développé un terrible herpès qui l'avait rendue invalide. Elle ne respectait pas ses prises de médicaments et se cachait à la maison parce qu'elle avait honte. Elle a fini par se rendre à l'hôpital. Heureusement ce jour-là, nous étions avec l'équipe MSF pendant le tour de salle quand nous sommes tombés sur ce cas. Après un partage d'expériences et de connaissances, nous avons décidé ensemble d'un traitement. Une semaine après, toutes les lésions avaient disparu comme par magie! Elle s'était mise debout et avait recommencé à marcher alors qu'elle ne le faisait plus. Elle est sortie de l'hôpital en marchant et en souriant."

Pour améliorer l'accès aux soins, il est essentiel d'assurer la gratuité de la prise en charge pour les PVVIH, en ligne avec la politique nationale. Cette gratuité des soins pour les patients est de facto assurée au CHK, géré et financé par MSF. En revanche, la gratuité des soins pour les patients pris en charge dans les autres hôpitaux nécessite un mécanisme de remboursement visant à compenser les hôpitaux pour les soins fournis gratuitement. En effet, en dépit de la politique nationale de gratuité, les structures publiques facturent totalement ou partiellement les soins aux PVVIH (à l'exception de certains services tels que les ARV), justifiant cette réalité par leur sous-financement par l'Etat. Deux simulations faites à partir des tarifs appliqués dans des hôpitaux de Kinshasa ont en effet suggéré un coût moyen d'hospitalisation (pour le patient) de 160 à 280 USD pour une hospitalisation PVVIH, coût inabordable pour la plupart des patients.

MSF a financé une étude économique visant à estimer les coûts réels de prise en charge des PVVIH hospitalisés dans trois hôpitaux (CHK, CHRB et CHNB) soutenus par MSF avec pour objectif de proposer une tarification de cette prise en charge et un mode de remboursement des structures partenaires aux bailleurs de fonds. Cette étude fait l'objet d'un rapport détaillé dont les résultats principaux pour le CHRB sont détaillés ci-après (17).

La méthodologie de référence utilisée est celle de l'enquête nationale des coûts hospitaliers en France adaptée au contexte de la prise en charge des PVVIH en RDC. Cette méthode permet d'estimer le coût de prise en charge moyen d'un patient selon le type du séjour hospitalier en regroupant les patients en «groupes homogènes de malades» (GHM) selon leur diagnostic principal d'hospitalisation à partir des statistiques d'hospitalisation (cf. détail des GHM dans le tableau 1). Chaque GHM inclut un syndrome ou une pathologie associée. Par exemple, le séjour d'un patient hospitalisé pour une TB pulmonaire (diagnostic principal) et présentant un paludisme sera classé dans le GHM1. Quatre pathologies font exceptions à ce classement: TB, méningite, cryptococcose, et septicémie où la combinaison de deux de ces quatre diagnostics aboutissent à un classement dans le GHM 8.

Les séjours hospitaliers du CHRB de l'année 2016 ont été classés selon la typologie retenue. Le tableau 1 présente le nombre et la distribution des cas, leur durée moyenne de séjour (DMS), l'estimation du coût de la prise en charge des patients PVVIH (coût total et coût unitaire) ainsi qu'une proposition tarifaire unitaire par séjour.

Sur base de ces estimations, la prise en charge d'un séjour du GHM 1 pour une DMS de neuf jours au CHRB représente un coût total de 278 USD. Ce montant s'élève à 247 USD hors nourriture, et à 136 USD hors repas et hors médicaments et laboratoire. Le remboursement par un partenaire fournissant par ailleurs les médicaments et intrants de laboratoire devrait donc se réaliser sur une base minimum de 136 USD par séjour GHM 1. Un partenaire souhaitant prendre en charge la totalité des charges (y compris repas, médicaments et laboratoire) devrait rembourser l'hôpital à hauteur de 10 804 USD par mois minimum (pour 32 patients hospitalisés en moyenne par mois). Ce coût inclut une prise en charge médicale et soignante sur base des protocoles de soins. Il sera nécessaire par ailleurs de s'assurer que l'hôpital soit en mesure de s'approvisionner en médicaments et intrants de laboratoire spécifiques pour la prise en charge des PVVIH. Une majoration de 10% des coûts obtenus au CHRB par GHM est proposée car elle crée une incitation financière (i.e. tarif de remboursement supérieur au coût) dans une logique d'achat de service de qualité et permet de couvrir les imprévus.

Tour de salle de l'équipe médicale au CHK.

Tableau 1 Estimation du coût de la prise en charge des PVVIH par GHM au Centre Hospitalier Roi Baudouin en 2016

		Distribution des cas (%) en 2016	Nb cas en 2016	Durée moyenne de séjour	COÛT TOTAL (usd)	COÛT TOTAL hors nourriture (usd)	COÛT TOTAL hors nourriture & méd & lab (usd)	COÛT UNITAIRE (par séjour) hors nourriture & méd & labo (usd)	Proposition tarifaire unitaire (par séjour) (usd)
GHM1	Affections respiratoires: TB pulmonaire	39,1%	148	9	41 143	36 536	20 096	135,6	149
GHM2	Affections respiratoires: Autres	10,1%	38	10	11 415	10 093	5 759	150,5	166
GHM3	Affections neurologiques: cryptococcose	4,5%	17	7	19 737	19 325	1 772	103,9	114
GHM4	Affections neurologiques: Autres	11,7%	44	10	20 047	18 515	6 583	148,5	163
GHM5	Affections digestives (diarrhée chroniques, etc.)	14,5%	55	9	15 604	13 896	7 452	135,6	149
GHM6	Septicémie	1,1%	4	16	1 696	1 466	1 007	241,5	266
GHM7	Affections non liées (cardiaques, rénales etc.)	2,5%	9	6	2 236	2 040	901	95,1	105
GHM8	Affections multi pathologiques	1,1%	4	8	1 888	1 772	512	122,8	135
GHM9	Autres (palu, effets secondaires sévères, etc.)	10,0%	38	12	14 520	12 949	6 752	178,1	196
GHM12	Anémie sévère	4,8%	18	4	1 368	1 117	1 117	61,4	68
		Total annuel	379		129 654	117 708	51 951		
		Moyenne mensuelle	32		10 804	9 809	4 329		

LÉGENDE: GHM : groupe homogène de malades, DMS : durée moyenne de séjour, usd : United States dollar

Source : Etude de coûts, Hospitalisation PVVIH à Kinshasa, RDC (17)

A RETENIR

Un partenaire souhaitant prendre en charge la totalité des charges d'un hôpital (y compris les repas, les médicaments et les frais de laboratoire) devrait rembourser, selon un système de paiement forfaitaire, à hauteur de 10 804 USD par mois minimum (pour 32 patients hospitalisés en moyenne par mois).

Elysée travaille comme conseillère auprès de patients du CHK, elle organise notamment des activités ludiques avec les enfants.

CHAPITRE 4

Recommandations pour un modèle d'offre de soins gratuits pour les patients en stade VIH avancé à Kinshasa

Le test CrAg est un test antigénique qui permet de dépister la méningite à cryptocoques.

Dr Gisèle est responsable du CHK depuis octobre 2016, elle compte plusieurs années d'expérience dans la prise en charge des PVVIH.

"Au CHK, on reçoit des gens de partout. Ces patients sont souvent stigmatisés et marginalisés, ils n'ont pas d'argent pour se faire soigner vu que les médicaments sont très chers et coûteux. S'il n'y avait pas cette structure je pense que ce serait catastrophique. (...) Au CHK, la demande est supérieure à l'offre. Notre capacité de réponse actuellement est de 41 lits et on arrive parfois à 65 patients hospitalisés en même temps! Il est vraiment urgent d'ouvrir d'autres centres de prise en charge du VIH avancé pour désengorger l'hôpital et nous permettre d'accueillir uniquement les patients qui ont besoin de soins spécialisés pour le VIH avancé. La décentralisation permet d'assurer la prise en charge du VIH avancé avant l'hospitalisation en référant les patients stables au niveau des centres de santé et des Podi."

Mundele Angélique est née en 1974, elle a été hospitalisée deux fois par an entre 2006 et 2012 au CHK. Aujourd'hui, elle soutient et conseille des patients non accompagnés au CHK en tant que garde-malade. Elle est, sur cette photo, aux côtés de son mari Jean de Dieu.

"Mon corps était très maigre au point que mes os étaient collés à ma chair. Je ne dormais pas à l'hôpital et faisais les allers-retours tous les jours. Mais on ne m'a jamais porté sur le dos, même si je titubais pour aller à l'hôpital, je voulais marcher seule. Les gens me regardaient dans la rue, ils savaient que j'étais malade. J'ai fait beaucoup de rechutes, j'ai été hospitalisée sept fois au CHK, presque deux fois par an entre 2006 et 2012. La plus longue hospitalisation a duré trois mois. J'ai beaucoup souffert mais aujourd'hui je vais bien. C'est pour cela que je donne de mon temps comme garde-malade, pour des patients hospitalisés qui n'ont pas de confident. Ça me permet d'encadrer d'autres malades et de leur donner des conseils. La dernière fois que j'ai été hospitalisée, j'ai eu comme un déclic. (...) J'ai décidé qu'il fallait que je me renforce mentalement et vive plus positivement. Je ne voulais plus être à la merci de ce que les autres pensaient de moi et de la maladie. Il fallait que je me batte contre la stigmatisation. Aujourd'hui, je suis fière de moi; des personnes que j'ai rencontrées sur mon parcours et de ma vie qui est devenu agréable. Si les autres m'insultent, ça ne me fait plus rien. La force mentale que j'ai su acquérir a complètement renforcé mon état de santé."

Recommandations

L'expérience de MSF à Kinshasa via le Projet SIDA a permis d'identifier les principales stratégies de prise en charge des patients en stade VIH avancé à Kinshasa, en RDC afin de réduire la morbidité et la mortalité chez les PVVIH. Les objectifs spécifiques et les activités correspondantes sont développés ci-dessous:

Objectif 1: Assurer la coordination nationale de la prise en charge du stade VIH avancé

- Développer un guide national pour la prise en charge du VIH avancé
- Mettre en place un groupe de travail national «stade VIH avancé» (voir objectif 4)

Objectif 2: Assurer l'accès aux soins des patients vivant avec le VIH

- Réduire la stigmatisation liée au VIH dans la ville de Kinshasa via:
  - l'organisation de campagnes de communication contre la stigmatisation
  - l'utilisation des réseaux sociaux pour informer et sensibiliser les jeunes
  - l'organisation de séances d'information et de sensibilisation dans les structures sanitaires, les OAC et les PODI
  - l'organisation de séances d'information et de sensibilisation dans la communauté
- Assurer la gratuité des soins par:
  - la mise en place d'un système de paiement forfaitaire des hôpitaux
  - la mise en place d'un système de paiement des centres de santé
  - le renforcement du rôle des observatoires dans le suivi de l'accès et de la gratuité des soins VIH

Objectif 3: Mettre en place un réseau de référence au niveau des zones de santé et dans la ville de Kinshasa

- Réaliser une analyse du contexte socio-économique et médical dans chaque zone de santé
- Identifier des centres de santé mère et des centres de santé satellites
- Former le personnel des structures sanitaires dans le cadre d'un programme de mentorat
- Sensibiliser les patients, leur entourage et le personnel des structures sanitaires sur la reconnaissance des signes de danger
- Organiser des réunions au niveau des bureaux centraux des zones de santé pour assurer le bon fonctionnement des réseaux

Objectif 4: Améliorer la qualité de prise en charge des patients en stade VIH avancé

- Offrir le paquet minimum de prise en charge dans les centres de santé satellites et le paquet complet de prise en charge dans les centres de santé mère afin d'assurer un diagnostic rapide et une prise en charge précoce des infections opportunistes
- Offrir le paquet complet de prise en charge au niveau des hôpitaux généraux de référence
- Recommandations techniques :
  - Systématiser la numération des CD4 à l'initiation
  - Mettre à disposition les tests diagnostics rapides (CraG et TB LAM)
  - Intégrer les services de prise en charge VIH et TB
- Mettre en place un programme de mentorat dans les hôpitaux (formations et accompagnement du personnel de santé)
- Organiser des échanges cliniques entre les différents hôpitaux et les centres de santé mère
- Mettre en place un groupe de travail «VIH avancé» avec comme objectifs spécifiques :
  - d'organiser des réunions techniques et multipartenaires pour réviser les protocoles, harmoniser les critères de référence et les algorithmes
  - d'assurer la gratuité des soins hospitaliers
  - de développer des formations sur la prise en charge hospitalière des patients en stade VIH avancé
  - de mettre en place un volet psychosocial et éducatif dans les hôpitaux
  - de mettre en place un volet kinésithérapie dans les hôpitaux
  - de renforcer la prise en charge pédiatrique en organisant un atelier de travail spécifique

Objectif 5: Favoriser un système d'approvisionnement des médicaments IO et des tests laboratoires au niveau des centres de santé mère et des hôpitaux de référence

- Organiser des réunions techniques sur l'approvisionnement
- Organiser des réunions de quantification multipartenaires
- Former les hôpitaux et les centres de santé sur la gestion du stock des médicaments contre les infections opportunistes
- Développer un système de contrôle pour s'assurer de la bonne utilisation des médicaments

Histoire d'un jeune homme hospitalisé au CHK en Mai 2017.

Malgré une mortalité très élevée parmi les PVVIH en stade avancé, une prise en charge rapide et adaptée permet de sauver la vie de nombre d'entre elles, comme l'illustre ci-dessous.

29 mai – Jour 1 Le patient G. arrive à l'hôpital avec son garde-malade. Il n'est plus capable de marcher et il a du mal à respirer. Le diagnostic d'une tuberculose multi résistante est posé. G est hospitalisé en isolation, ce qui permet de protéger les autres patients et le personnel de cette maladie très contagieuse.

30 mai – Jour 2 Le kinésithérapeute commence son travail d'accompagnement pour renforcer la mobilisation de G. et ses capacités respiratoires.

2 juin– Jour 5 Depuis le début du traitement, un suivi médical est assuré chaque jour. Le personnel se protège avec un masque pour ne pas être contaminé.

30 mai – Jour 2 Après une semaine d'hospitalisation, G. gagne des forces; il est capable de s'asseoir pendant que l'auscultation du médecin.

6 Juin – Jour 9 Première sortie à l'extérieur depuis le début de l'hospitalisation de G. Il est accompagné par le kinésithérapeute et son garde-malade. Le rôle des gardes-malades et des accompagnants est primordial à l'hôpital.

8 juin – Jour 11 L'état de G. s'est grandement amélioré, il a regagné l'appétit et il est à nouveau indépendant pour les gestes du quotidien.

Propos recueillis le jour de la sortie de G de l'hôpital : *« Je suis content de me sentir mieux et de pouvoir quitter l'hôpital. Maintenant, je marche seul et je pense être autonome pour pouvoir rentrer à la maison. Mon envie, c'est d'aller de l'avant et de n'est plus revenir ici en hospitalisation».*

Remerciements:

Les auteurs remercient chaleureusement les patients et les soignants des hôpitaux du Roi Baudouin et du CHK ainsi que les équipes du projet SIDA et de la coordination de MSF à Kinshasa qui ont rendu possible la rédaction de ce rapport.

Rédaction:

Claire Bossard, MSF SAMU (coordination rapport) ; Sofie Spiers, MSF projet SIDA Kinshasa ; Ilse Casteels, MSF projet SIDA Kinshasa ; Maria Mashako, MSF RDC ; Gilles Van Cutsem, MSF SAMU; Eric Goemaere, MSF SAMU.

Avec la contribution de:

David Maman, Epicentre, Katherine Hilderbrand, UCT et les équipes d'épidémiologistes et de data manager à Kinshasa pour les données épidémiologiques; Emilie Venables, MSF SAMU pour les données qualitatives; Rosie Burton, MSF SAMU pour les protocoles cliniques ; Mariana Garcia et Kleio Iakovidi MSF SAMU pour les directives PSE ; Quentin Baglione, AEDES pour les données économiques ; Kate Ribet, MSF SAMU pour la coordination photographies ; Francine Kongolo Sambahi et Marie Courougeux, MSF coordination RDC et projet SIDA, pour le recueil et la transcription des témoignages; Alexandra Meyer, MSF SAMU, assistance coordination du rapport.

Références

1. 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. WHO Guide [Internet]. 2016;(June):480.
2. WHO. Progress Report 2016 PREVENT HIV, TEST AND TREAT ALL. 2016.
3. UNAIDS. 90-90-90. On the right track towards the global target. 2016 [Internet]. 2016. 2016 [cited 2017 Jan 17].
4. UNAIDS. Global AIDS update. 2016;
5. Ministère du plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité, Ministère de la santé publique. Deuxième enquête démographique et de santé en RDC 2013-2014. 2014;113–75.
6. Programme National de la lutte contre le SIDA et les IST en RDC. PNLS Rapport Annuel 2015. 2016;
7. National P. Etat des lieux sur la disponibilité des intrants essentiels pour la lutte contre le SIDA à Kinshasa. 2016;1:1–52.
8. National P, Contre DEL, Vih LE, Pnls S. Les infections opportunistes à l ' infection à VIH en RDC : Cartographie et risque. 2016;
9. Maman D. Rapport de mortalité - CHK Kinshasa. 2017. (not published)
10. Chihana, M; Huerga, H; Van Cutsem, G; Wanjala S. Distribution of Advanced HIV in three high HIV prevalence countries in Sub-Saharan Africa. 2017. (in press)
11. Meintjes G, Kerkhoff AD, Burton R, Schutz C, Boulle A, Van Wyk G, et al. HIV-Related Medical Admissions to a South African District Hospital Remain Frequent Despite Effective Antiretroviral Therapy Scale-Up. Med. 2015;94(50):e2269.
12. Kranzer K, Ford N. Unstructured treatment interruption of antiretroviral therapy in clinical practice: A systematic review. Trop Med Int Heal. 2011;16(10):1297–313.
13. Mashako M. Forte mortalité intra-hospitalière de PVVIH à Kinshasa: Quelles stratégies pour y remédier? 2015.
14. Kaplan S, Oosthuizen C, Snson K, Li F, Euvrard J, Osler M, et al. Contemporary Disengagement from Antiretroviral Therapy in Khayelitsha, South Africa. 2015;(June):2015.
15. Mofenson LM, Korelitz J, Iii WAM, Bethel J, Rich K, Pahwa S, et al. The Relationship between Serum Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) RNA Level, CD4 Lymphocyte Percent, and Long-Term Mortality Risk in HIV-1–Infected Children. J Infect Dis. 1997;175:1029–38.
16. Médecins Sans Frontières. MSF HIV/TB Clinical Guide. 2015. 1-365 p.
17. Baglione Q. Etude de coûts Hospitalisation PVVIH à Kinshasa République Démocratique du Congo. 2017.
18. Médecins Sans Frontières. MSF Manuel clinique HIV/TB. Niveau hospitalier. Mai 2017.

ANNEXE 1

Algorithmes VIH avancé (version détaillée)

VIH AVANCÉ –PATIENT CRITIQUE

DÉFINITION 'PATIENT CRITIQUE':

1 o u plusieurs signes de gravité

MORTALITÉ ÉLEVÉE

Ne pas retarder les investigations et la prise en charge

SIGNES DE GRAVITÉ:

- Fréquence respiratoire > 30/min
- Saturation < 90%
- Température > 39°C
- Fréquence cardiaque > 120/min
- TA systolique < 90mmHg
- Déshydratation modérée à sévère
- Incapable de marcher sans aide
- Altération neurologique: confusion, troubles du comportement, état de conscience altéré
- Tout autre signe neurologique: céphalées, convulsions, paralysie, troubles phasiques, atteintes de nerfs crâniens, détérioration rapide de l'acuité visuelle.

CAUSES FRÉQUENTES DE DÉCÈS: VOIR ENCADRÉ

Souvent, il y a plus d'une cause. D'où l'importance vitale que ces examens **et prise en charge se concentrent sur ces causes**

LA TB EST LA CAUSE PRINCIPALE DE MORTALITÉ

Recherchez la tuberculose chez chaque patient. Débutez le traitement TB immédiatement en cas de résultat positif ou de décision de traitement empirique.

1. *** *Echec Thérapeutique ARVs** et IOs**
2. **Pathologies neurologiques – Trois principales:**
   - Tuberculose
   - Cryptococcose
   - Toxoplasmose
3. **Pathologies Respiratoires: Trois principales:**
   - Pneumonie à Pneumocystis
   - TB pulmonaire
   - Pneumonie bactérienne
4. **Diarrhée sévère:**
   - Insuffisance rénale et troubles électrolytiques (sodium, potassium) fréquents et souvent asymptomatiques
5. **Autre Infection bactérienne:**
   - Méningite bactérienne
   - Bactérienne
   - Infection urinaire
6. **Autres causes non-infectieuses:**
   - Hypoglycémie
   - Insuffisance rénale
   - Troubles électrolytiques (sodium, potassium)
   - Insuffisance hépatique
   - Effets secondaires des médicaments: identifiez toutes les molécules prises par le patient (prescription et non-prescription)

BONNE ANAMNÈSE SYSTÉMATIQUE

- Commencer par le problème actuel.
- Rechercher toujours des plaintes neurologiques, respiratoires et la diarrhée.
- Poser les 2 questions clés.

EXAMEN CLINIQUE

- Réévaluer les paramètres vitaux.
- **Examen systématique et spécifique des systèmes neurologique et respiratoire.**
- Rechercher le Sarcome de Kaposi
- Rechercher la rétinite à CMV en cas de détérioration récente de la vue.

QUESTION CLÉ N°1: LE PATIENT EST-IL SOUS ARV?

Le patient sous ARV devrait s'améliorer, ne pas être sévèrement malade. Quel est le problème?

▷ **Quel est le régime d'ARVs?**
▷ **Durée du traitement ARV?**

- < 3 mois: la TB est fréquente à ce stade = TB démasquée
- >3 mois: y-a-t-il échec thérapeutique ?
- De nombreux patients critiques sont en échec thérapeutique sous 1ère ligne **et nécessitent un passage rapide à la 2e ligne.**
- Le seul traitement des maladies opportunistes sans passage à un régime d'ARV efficace ne suffit pas pour sauver la vie du patient.
- Les problèmes d'adhérence au traitement seront **envisagés en même temps que le changement de régime.** Garder un patient sous un traitement ARV inefficace risque d'entrainer sa mort.

QUESTION CLÉ N°2: LE PATIENT EST-IL SOUS TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ?

Le patient sous anti-TB devrait s'améliorer, ne pas être sévèrement malade. Quel est le problème?

Questions à poser:

- Date du début du traitement anti-TB?
- La TB a-t-elle été confirmée? Prouvée sensible à la rifampicine?
- L'admission fait-elle suite à un effet secondaire des médicaments?
- Le patient s'est-il amélioré sous traitement anti-TB ?

Source : Manuel clinique VIH/TB. Niveau hospitalier. MSF Mai 2017 (18)

EXAMENS À FAIRE IMMÉDIATEMENT

- Assurez-vous qu'il existe un système pour obtenir les résultats rapidement. Evitez tout retard.
- En cas de transfert du patient vers une autre structure de soin, réalisez autant d'examens complémentaires que possible et débutez le traitement.

ENSEMBLE DE BASE DE TESTS AU LIT DU PATIENT.

Ces tests devraient être disponibles 24h/24, 7j/7, et l'ensemble du personnel (cliniciens, infirmiers et laborantins) formé à leur utilisation.

- Test VIH
- CD4
- CrAg sérique
- TB LAM
- Test Rapide malaria
- Glucose
- Hémoglobine
- Bandelette urinaire

RX THORAX

Tuberculose
- TB miliaire
- Epanchement pleural ou péricardique
- Adénopathies
- Infiltrats pulmonaires

Pneumonie à Pneumocystis
- Infiltrats pulmonaires 'en verre dépoli'

Pneumonie bactérienne
- Densification systématisée, bronchogramme aérique

RECHERCHER LA TUBERCULOSE CHEZ TOUS LES PATIENTS

TB LAM:
▷ **Positif: Débuter traitement anti-TB**
▷ **Négatif: la TB n'est pas exclue!**
Continuez les investigations et démarrez un traitement empirique si indiqué (voir Annexe 2).

GeneXpert:
- Expectoration: spontanée ou induite
- Autres échantillons: urine*, LCR*, ascite*, pus*

▷ **GXpert positif: débuter traitement anti-TB**
▷ **Gxpert négatif: la TB n'est pas exclue!**

Continuez les examens de recherche de TB. Démarrez un traitement empirique si indiqué (voir Annexe 2).

Autres Investigations pour la TB:
Microscopie (expectorations)
- Si le GeneXpert n'est pas disponible

RX Thorax (voir ci-contre)

Echographie abdominale
- Adénopathies
- Ascite
- Hépato-splénomégalie

*

Centrifugez urine, LCR, ascite et pus, sinon la sensibilité des tests est très basse.

PONCTION LOMBAIRE

Indications de PL
- TOUT signe ou symptôme neurologique.
- CrAg sérique positif.
- La PL devrait être réalisée avant le début des antibiotiques sauf si cela retarde l'initiation du traitement.

Analyses:
- CrAg
- Cellularité: numération et formule sanguine (lymphocytes et neutrophiles).
- Protéines, glucose
- Coloration de Gram à la recherche de bactéries : Streptococcus pneumoniae, (coques positifs en chainettes), Neisseriameningitidis (diplocoques gram négatifs)
- GeneXpert*
- Dans l'impossibilité de réaliser une PL ou en cas de retard inévitable (ex. si un transfert est nécessaire pour la PL), commencez un traitement empirique.
- Voir annexe 2 section neurologie

*

RAPPEL:
Tout signe neurologique est un signe de gravité

AUTRES TESTS SANGUINS

- Créatinine, Sodium, Potassium
- Numération & Formule Sanguine
- VDRL
- Ictère ou hépatomégalie : Bilirubine, ALT (GPT), hépatite B

Y A-T-IL UNE INFECTION BACTÉRIENNE?

Rechercher les éléments suivants :
- Température ≥ 38°C ou <35°C
- FC > 120/min ou FR > 30/min
- GB < 4000/mm3 ou > 12000/mm3
- Un début brutal suggère une infection bactérienne. Dans le doute, débuter les antibiotiques chez tout patient critique. Le diagnostic pourra être revu sur base des résultats ultérieurs.
- Recherchez un foyer potentiel (pneumonie, méningite, infection urinaire). Les septicémies sont également fréquentes.
- Prélevez des hémocultures* si disponibles (technique aseptique) et réalisez d'autres tests appropriés (par ex: bandelette urinaire, culture d'urine).

*

*Prélevez avant de **débuter les antibiotiques** sauf si cela devrait retarder la 1ère dose d'antibiotiques.

TRAITEMENT: À DÉMARRER SANS DÉLAI

- ▷ **Débuter un traitement empirique lorsque la suspicion clinique est élevée mais qu'aucun test diagnostic n'est disponible, en cas de retard des résultats ou si les tests diagnostic ne permettent pas d'exclure le diagnostic.**
- ▷ **Débuter les ARV de 2e ligne si les CD4 ≤ 200 cellules/µL et qu'il y a suspicion d'échec thérapeutique de la première ligne.**

PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE

Hypo glycémie
- Administrer 50mL de Dextrose 50%
- Contrôle de la glycémie capillaire toutes les 4 heures et jusque 24h après la correction de l'hypoglycémie.

Déshydratation et/ou insuffisance rénale
- Perfusion i.v. de solution et électrolytes (NaCl 0,9% ou Ringer), minimum 3L / jour (si toléré)
- Eviter les molécules néphrotoxiques
- En cas de diarrhée aqueuse chronique, débuter un traitement empirique pour une infection à Isospora belli
- En cas de vomissements, administrer régulièrement des antiémétiques par voie intra veineuse

Atteinte hépatique
- Eviter les molécules hépatotoxiques

Anémie
- Hb < 5 g/dL : transfusez et administrez de l'oxygène
- Hb < 8 g/dL et tachypnée ou saignement actif: transfusez.
- Pour tous les patients -recherchez la cause

Une infection bactérienne est-elle probable ?
- Commencez une antibiothérapie empirique selon les protocoles locaux
- Revoyez l'antibiothérapie toutes les 48 heures et envisagez la possibilité de passage à la voie orale ou l'arrêt du traitement.

*

* Amphotéricine B + flucytosineou fluconazole 800mg
** Fluconazole seul: 800mg/j si CrAgsur LCR négatif; 1200mg/jsi CrAg sérique indisponible.
- ▷ **Traitement ci-dessus durant 14 jours puis continuer le fluconazole selon le protocole du Guide Clinique MSF VIH/TB.**

RESPIRATOIRE

Signes de gravité présents :
FR > 30 / min ou SpO2 < 90%

1. **Administrez de l'oxygène (masque ou lunettes).**
2. **Début de traitement empirique immédiat pour:**
   - Pneumocystose: cotrimoxazole (1 comprimé de 960 mg pour chaque 8 kg de poids à diviser en 3 doses/j) + prednisone (40 m g 2x/j initialement).
   - Pneumonie bactérienne : voir guidelines locaux
   - TB: en cas de résultat d'examen positif ou si un traitement empirique est indiqué (voir ci-dessous).

Absence de signe de gravité
1. **Si RX Thorax disponible:** voir encadré RX Thorax
2. **RX Thorax indisponible:** envisager un traitement empirique pour:
   - Pneumocystose (dyspnée, toux sèche)
   - Pneumonie bactérienne (début brutal, crépitements)
   - TB

RESPIRATOIRE

1. **TB du SNC probable:**
   Signes / symptômes neurologiques avec autres signes de TB ou présentation clinique suggérant la de TB
2. **Présentation clinique suggérant la TB et tests TB indisponibles ou ne permettant pas d'exclure la TB:**
   - Adénopathies périphériques.
   - Sudations nocturnes, fièvre, perte de poids, toux.
   - Epanchement pleural ou péricardique ou ascite sans autre étiologie probable.
3. **Evidence radiologique de TB (voir encadré RX Thorax)**
4. **Etat clinique critique (enjeu vital) ou détérioration clinique rapide ou absence d'amélioration après 3 jours d'hospitalisation**

NEUROLOGIQUE

Traiter la Cryptococcose méningée (CM) si:*
- CSF CrAg positive
- CrAg sérique positif, PL indisponible ou retardée ET présence d'un ou plus signes/symptômes neurologiques
- CrAg indisponible et présence de signes/symptômes neurologiques

Traitement préemptif de la CM si:**
- CrAg sérique positif et CrAg sur LCR négatif
- CrAg sérique positif et PL indisponible ou retards inévitables ET absence **de tout signe/symptôme neurologique**

Traiter une TB du SNC si:
- PL suggestive (prédominance lymphocytaire +/-protéinorachie élevée)
- Signes neurologiques en présence d'autres signes de TB ou présentation clinique suggestive.

Traiter la toxoplasmose (1 comprimé de cotrimoxazole 960mg pour chaque 16kg de poids à diviser en 2 doses /j) si:
- ▷ CD4 < 200 et signes neurologiques récents:
- Déficit neurologique focal (ex : hémiplégie)
- Altération de l'état de conscience
- Céphalées sans autre diagnostic

Traiter une méningite bactérienne (voir guidelines locaux) si:
- **Début brutal** des signes méningés
- Pétéchies **(Méningite à méningocoque)**
- LCR avec prédominance de neutrophiles et/ou bactéries vues au Gram et/ou protéines élevées.

En cas de PL non disponible ou de retard inévitable et TOUT signe/symptôme neurologique
- Début brutal des symptômes: traiter une méningite bactérienne
- CrAg sérique positif ou indisponible : traiter la CCM
- Traiter une TB du SNC (voir à gauche)

ANNEXE 2

Liste de médicaments

Liste des médicaments essentiels pour la prise en charge des Infections Opportunistes	
NEUROLOGIE	
MENIGITE BACTERIENNE	Ceftriaxone 100mg/kg comme dose de charge puis 80 mg/kg/jour en une dose IV En cas de suspicion de Listeriose chez les nouveaux-nés: Ampicilline IV 100mg/kg
CRYPTOCOCCOSE Neuromeningée	14 jours combinaison d'Amphothéricine B liposomale IV 3mg/kg/jour et flucytosine 100mg/kg/jour PO; puis fluconazole 400mg/jour pendant 8 semaines *Traitement alternatif*: 14 jours combinaison d'Amphothéricine B liposomale IV 3mg/kg/jour et fluconazole 800mg/jour PO; puis fluconazole 400mg/jour pendant 8 semaines Prémedication (AMPHO B): NaCl 0,9% 500 ml-1l/2H, Paracetamol 1X1 gr, Prométhazine: 1X25 mg, Adjoindre SLOW K 600 mg: 2X2 Co/jour
TUBERCULOSE Meningée	*Protocole National:* 2RHZE + 10 RH *Recommandations MSF:* Prednisolone: 2-4 mg/kg chez l'enfant et 1,5 mg/kg chez l'adulte (dose standard à 60 mg/jour) pendant 4 semaines puis dose decrescendo pendant 2 semaines VITAMINE B6: 50 mg/jour
TOXOPLASMOSE Cérébrale	1ère intention -> 8 SEMAINES: SULFADIAZINE 80 mg/kg /jour en 2 prises PO, PYRIMETHAMINE 2mg/kg/jour en 2 prises pendant 2 jours puis 1 mg/kg/jour, Acide Folinique: 10 mg/jour 2ème intention -> 4 SEMAINES: COTRIMOXAZOLE 60 mg/kg/jour et Acide Folique 5 mg/jour (moins favorable car résistance CTX)
DIARRHEE	
Diarrhées aigues	COTRIMOXAZOLE 960 mg 2X/jour pendant 5 jours METRONIDAZOLE 500 mg 3X/jour pendant 5 jours Solution de réhydratation orale sachet Si pas d'amélioration ou saguinolent: CIPROFLOXACINE 500 mg 2X/jour penant 5 jours + réhydratation
Isospora Belli	COTRIMOXAZOLE 960 mg 4X/jour pendant 10 jours puis 2X/jour pour 3 semaines
CRYPTOSPORIDIUM	TRAITEMENT ARV
STONGYLOIDES	ALBENDAZOLE 400 mg 2X/jour pendant 7 jours
CYTOMEGALOVIRUS	Valgancyclovir 450mg, 2X/jour pendant 21 jours
AMIBIASE	METRONIDAZOLE 400 mg 3X/jour pendant 10 jours
MAC	AZYTHROMYCIN
GIARDIASE	METRONIDAZOLE 2 gr/jour pendant 3 jours
Diarrhées d'origine bactérienne	CIPROFLOXACINE 500 mg 2X/jour pendant 5 jours Si sanguinolent, ajouter METRONIDAZOLE 500 mg 400 mg 3X/jour pendant 5 jours
PNEUMOLOGIE	
TUBERCULOSE PULMONAIRE	*Protocole National*: 2RHEZ+ 4RH Pour traitement initial et 2 SRHEZ + 1 RHEZ + 5 RHE en cas de rechute *Recommandations MSF*: 3RHEZ + 5 RHE VITAMINE B6 50 mg/jour
PNEUMOCYSTOSE A P.JIROVECI	COTRIMOXAZOLE 120 mg/kg/jour pendant 21 jours Prednisolone 40 mg 2X/jour pendant 5 jours, 40 mg 1X/jour pendant 5 jours, 20 mg 1 x /jour pendant 11 jours Acide Folique 5mg/jour
PNEUMONIE BACTERIENNE	CEFTRIAXONE 1 gr/jour pendant 7 jours Ambulatoire: AMOXICILLINE 500 mg 3X /jour ET/OU Amoxyclav 625 3x/jour pendant 5 jours
CRYPTOCOCCOSE PULMONAIRE	FLUCONAZOLE 200 mg: 800 mg/jour (Après exclusion de la méningite)
SARCOME DE KAPOSI	TRAITEMENT ARV EN URGENCE et CHIMIOTHERAPIE : Doxorubicine Liposomale 0,8mg /kg /jour IV
	Chimiothérapie alternative: BLEOMYCINE 15 mg IV ET Vincristine 2 mg IV
DERMATOLOGIE	
Angiome Bacillaire	DOXYCYCLINE 100mg 2X/jour pendant 2 mois ERYTHROMYCINE 500 mg 2X2 /jour pendant 2 mois
Candidose Cutanée	MICONAZOLE Crème pendant 7-10 jours
Condylomes (VERRUES)	PODOPHYLLINE 25% pendant 2 semaines
Dermatophytoses (TEIGNE)	POMMADE WHITFIELD 3X 1 application/jour pendant 2-3 semaines
EPP (Eruption papuleuse prurigineuse)	CHLORPHENIRAMINE 4mg pendant 10 jours
GALE	LOTION DE BENZOATE DE BENZYLE; Cas persistants: IVERMECTINE Per os
HERPES ZOOSTER ET SIMPLEX	ACYCLOVIR (Posologie en fonction de la gravité)
SARCOME DE KAPOSI CUTANE	TRAITEMENT ARV PUIS CHIMIOTHERAPIE si éligible (confère SK pulmonaire)
SYPHILLIS	DOXYCYCLINE 100mg 2X/jour pendant 14 jours
PATHOLOGIES ORALES	
CANDIDOSE ORALE	NYSTATINE Suspension orale: 4X1ml/jour pour les enfants Adultes: MICONAZOLE co muco adhésif 1 co /jour pendant 7 jours
CANDIDOSE OESOPHAGIENNE	FLUCONAZOLE 200mg: 1X/jour pendant 14 jours Enfants: FLUCONAZOLE 3mg/kg/jour pendant 21 jours
LEUCOPLASIE ORALE CHEVELUE	TRAITEMENT ARV
GINGIVITE NECROTIQUE	BAIN DE BOUCHE avec POVIDONE IODEE
AUTRES	
ANEMIE	Traiter en fonction de l'étiologie
HEPATITE C	Sofosbuvir + daclatasvir

Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders (MSF)

4th Floor, Deneb House, 368 Main Road

Observatory, 7925

Cape Town, South Africa

Tel +27 (0) 21 448 3101

www.msf.org.za