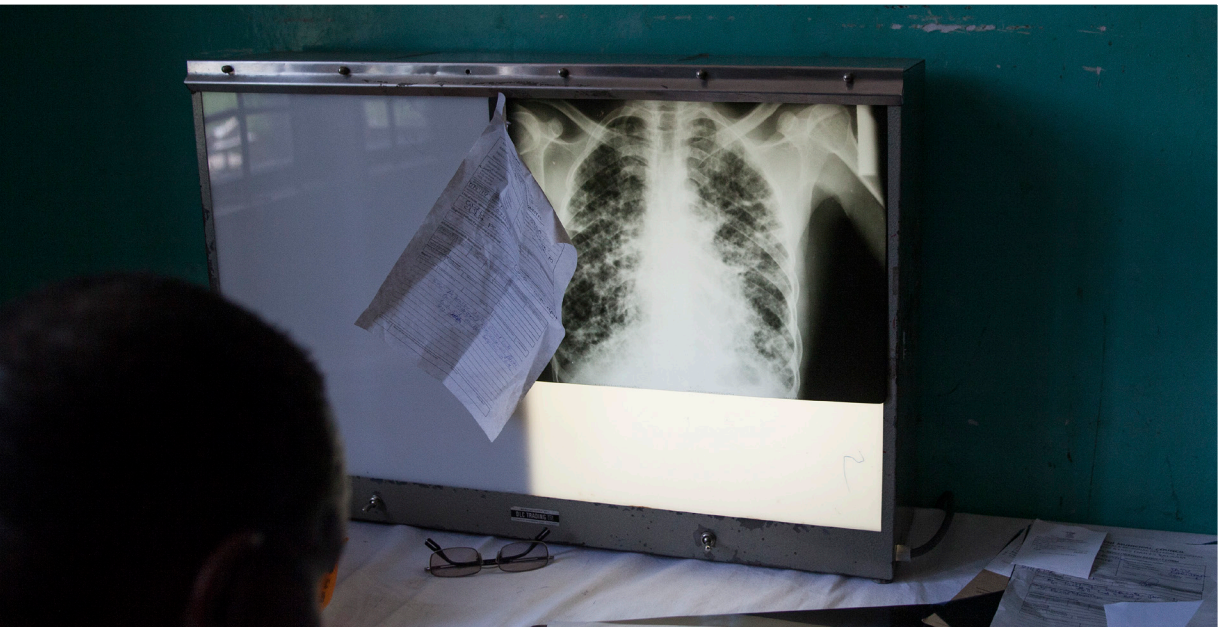
Intégration de l'intensification du dépistage de la tuberculose et des services de traitement préventif de la tuberculose dans les modèles de TARV différenciés

Cadre de mise en œuvre

Communauté de pratique TB/VIH du réseau CQUIN
Novembre 2019



ICAP Columbia University Mailman School of Public Health

HIV LEARNING NETWORK
The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery

Sommaire

INTRODUCTION ET PRINCIPE....4

CONSIDERATIONS GENERALES 5

PRINCIPES TRANSVERSAUX 5
SCENARIOS PROGRAMMATIQUES COURANTS....5
PAQUET MINIMUM DE SERVICES LIES A LA TUBERCULOSE ET AU VIH (« QUOI ») 6
INTEGRATION DES SERVICES TB/VIH DANS MODELES DE TARV DIFFERENCIES (« COMMENT ») 7
Considérations programmatiques générales pour l'intensification des dépistages 10
Considérations programmatiques générales pour le traitement préventif de la tuberculose 11

INTEGRATION DE L'INTENSIFICATION DU DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE ET DES SERVICES DE TRAITEMENT PREVENTIF DE LA TUBERCULOSE DANS LES MODELES DE TARV DIFFERENCIES AU SEIN DE L' ETABLISSEMENTS DE SANTE.... 14

MODELS INDIVIDUELS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE.... 14
Opportunités 14
Défis 14
Considérations pour l'amélioration de l'intégration des services TB/VIH 14
MODELS DE GROUPE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE.... 15
Opportunités 15
Défis 15
Considérations pour l'amélioration de l'intégration des services TB/VIH 15
MODELS INDIVIDUELS AU SEIN DE LA COMMUNAUTE.... 19
Opportunités 20
Défis 20
Considérations pour l'amélioration de l'intégration des services TB/VIH 20
MODELES DE GROUPE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE 20
Opportunités 21
Défis 21
Considérations pour l'amélioration de l'intégration des services TB/VIH 22

CONSIDERATIONS POUR LES SOUS-POPULATIONS SPECIALES 27

CONSIDERATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE 28

AU NIVEAU NATIONAL 28
AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.... 29
AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE.... 29

SUIVI ET EVALUATION 30

CONSIDERATIONS EN MATIERE DE SUIVI ET EVALUATION POUR LES SERVICES TB/VIH DANS LES MODELES DE TARV DIFFERENCIES 31
Recherche active de la tuberculose 31
Eligibilité Éligibilité au traitement préventif de la tuberculose 31
Documentation des soins de traitement préventif de la tuberculose reçus 31
Systèmes de reference reference 32
Adaptation des outils et des systèmes pharmaceutiques 32
CIRCUIT DES DONNEES ENTRE LES NOUVEAUX OUTILS ET LES ARCHIVES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT 32
INDICATEURS DE PERFORMANCE VISANT A SUIVRE LES SERVICES TB/VIH DANS LES MODELES DE TARV DIFFERENCIES MOINS INTENSIFS 33

REMERCIEMENTS.... 34

Acronymes

CDC	Centres de prévention et de contrôle des maladies des États-Unis
CQUIN	réseau d'apprentissage CQUIN (Coverage, Quality and Impact Network)
IAS	International AIDS Society
ICAP	ICAP à l'université de Columbia
ID	intensification des dépistages
INH	isoniazide
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/sida
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
TARV	Traitement antirétroviral
TPI	Traitement préventif par l'isoniazide
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

I. Introduction et principe

La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH : en 2017, elle a provoqué un tiers des décès liés au sida dans le monde malgré le déploiement à grande échelle du traitement antirétroviral (TARV). Par ailleurs, l'incidence de la tuberculose est 20 fois plus élevée chez les personnes séropositives au VIH par rapport aux populations séronégatives au VIH. Parmi les personnes séropositives au VIH atteintes de la tuberculose, près de la moitié n'a reçu aucun traitement pour cette dernière et moins d'un tiers des patients bénéficiant de soins du VIH ont commencé un traitement préventif de la tuberculose, selon les chiffres déclarés en 2017 dans les pays concernés.

L'Afrique subsaharienne paie un tribut particulièrement lourd en matière de tuberculose liée au VIH. Sans un accès considérablement étendu à des services de prévention et de traitement de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH, il sera impossible d'atteindre les objectifs ambitieux à l'échelle internationale visant à réduire l'incidence de la tuberculose et la mortalité au cours de la prochaine décennie. Ainsi, l'amélioration de la couverture et de la qualité des services TB/VIH est une priorité pour les ministères de la Santé dans le monde entier.

Ces efforts redynamisés pour améliorer les services liés à la tuberculose qui sont destinés aux personnes vivant avec le VIH sont menés en parallèle de profonds changements innovants dans la conception des programmes de traitement du VIH au sein des pays. Le déploiement à grande échelle de la prestation de services différenciés liés au VIH a des implications importantes pour les programmes de lutte contre la tuberculose. Les modèles de prestation de services différenciés adaptent les services aux groupes de patients en fonction de leurs besoins cliniques, de leurs caractéristiques démographiques et du contexte. Les modèles de traitements différenciés moins intensifs ont un double objectif, à savoir simplifier la prestation de services pour les patients se portant bien sous traitement, d'une part, et améliorer la qualité comme l'efficacité en adaptant le lieu des services, leur fréquence, les rendez-vous de groupe par rapport aux rendez-vous individuels, la catégorie des agents de santé concernés et l'utilisation de services menés par les pairs, d'autre part. Les modèles plus intensifs sont recommandés pour les patients mis sous TARV, à un stade avancé d'infection par le VIH ou présentant des comorbidités, mais aussi soumis à un suivi clinique régulier pour d'autres raisons, y compris les femmes enceintes, les enfants et les adolescents.

Selon les estimations, proposer des modèles moins intenses aux bénéficiaires « stables » de soins du VIH devrait améliorer la satisfaction des patients, la charge de travail des prestataires de soins de santé et l'efficacité des systèmes de santé, étant donné que les personnes vivant avec le VIH passeraient moins de temps dans les établissements de santé. Grâce aux modèles de prestation de services différenciés, comme l'espacement des rendez-vous et les services accélérés, les patients doivent se rendre à moins de consultations cliniques et passent moins de temps dans les centres de soins. Les modèles tels que les groupes ARV communautaires (GAC) fournissent de nombreux services au sein de la communauté.

Ces modifications engendrent des difficultés et créent des opportunités pour la prestation de services liés à la tuberculose. Les modèles de TARV différenciés moins intensifs pourront-ils garantir une intensification des dépistages efficace grâce à des services dédiés et des références ? Le traitement préventif de la tuberculose peut-il être fourni au niveau communautaire ? Les modèles de TARV différenciés peuvent-ils centrer davantage le traitement préventif de la tuberculose sur les patients afin d'en améliorer la couverture et l'achèvement ? Malgré le manque de données factuelles, les modèles de TARV différenciés peuvent constituer une excellente occasion d'améliorer la couverture et la qualité des services de traitement préventif de la tuberculose, mais aussi de donner aux bénéficiaires des soins les moyens d'autogérer leur traitement.

Les modèles de TARV différenciés peuvent également représenter des obstacles pour l'intensification des dépistages et le traitement préventif de la tuberculose. Par exemple, dans certains modèles, comme la prescription sur six mois, le recherche active de la tuberculose par un prestataire de soins de santé peut être effectué moins souvent par rapport aux modèles plus intensifs. Autre défi à relever, les bénéficiaires de soins dans le cadre d'un modèle de TARV différencié où les contacts avec les agents de santé sont plus rares peuvent parfois être exclus du traitement préventif de la tuberculose. Par conséquent, une cohorte relativement grande de personnes séropositives au VIH, qui observent bien leur traitement, ont été maintenues dans les soins et dont la charge virale est supprimée, pourrait être exclue des actions de déploiement à grande échelle du traitement préventif de la tuberculose. Dans nombre de pays, le traitement préventif de la tuberculose requiert des consultations mensuelles dans les établissements de santé. En outre, la prescription et la dispensation du traitement ne sont pas conformes aux calendriers du TARV. Si un modèle de TARV différencié est abandonné au profit d'un traitement impliquant un suivi plus fréquent ou bien s'il est reporté jusqu"à la fin du traitement préventif de la tuberculose, cela pourrait constituer un frein pour les bénéficiaires des soins.

Bien que des directives normatives, des documents de planification stratégique et des outils de mise en œuvre existent pour les services généraux TB/VIH, et notamment pour le traitement préventif de la tuberculose réservé aux personnes vivant avec le VIH, actuellement aucune ressource n'est spécialement conçue pour faciliter l'intégration du traitement préventif de la tuberculose dans les modèles de TARV différenciés. Ainsi, la communauté de pratique TB/VIH du réseau CQUIN a privilégié le développement d'une boîte à outils comme ressource pratique. Le présent document-cadre complète d'autres outils pratiques pouvant être adaptés par les pays et les programmes au contexte local. S'appuyant sur un travail de formation, y compris celui de la Société internationale de SIDA (IAS), ce document complétera également d'autres outils pratiques qui peuvent être adaptés par les pays et les programmes et adaptés au contexte local. Le CDC aux États-Unis a élaboré un guide complémentaire à la boîte à outils TPI pour incorporer le TPI dans la prestation de soins differenciés, qui a également enrichi ce document

II. Considérations générales

Principes transversaux

1. Tous les services TB/VIH doivent être conformes aux directives nationales et aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé.
2. Tout le monde doit bénéficier d'un accès équitable à des services TB/VIH abordables et de qualité supérieure, indépendamment du modèle de TARV différencié. Les quoi de l'intensification des dépistages et du traitement préventif de la tuberculose ne doivent pas varier en fonction des modèles. Seul le Qui, le Quand et le Où sont diffèrent.
3. Le dépistage de la tuberculose et le traitement préventif de la tuberculose doivent être proposés aux personnes actuellement sous traitement du VIH dans le cadre de modèles de TARV différenciés comme indiqué, tout en garantissant une interruption minime de leurs routines habituelles.
4. Des modèles de TARV différenciés peuvent être recommandés aux personnes bénéficiant actuellement d'un traitement préventif de la tuberculose si elles sont prêtes à faire cette transition.
5. Il faut autonomiser et soutenir les personnes pouvant bénéficier d'un traitement préventif de la tuberculose et de modèles de TARV différenciés moins intensifs afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins.

Scénarios programmatiques courants

1. **TPT avant la transition vers TARV différencié**

En règle générale, les personnes mises sous TARV ne peuvent pas bénéficier immédiatement des modèles de TARV différenciés moins intensifs. Pour ce faire, dans la plupart des pays, il faut d'abord avoir achevé un TARV de 6 ou 12 mois. Dans les pays enregistrant un taux élevé de couverture pour le traitement préventif de la tuberculose chez les personnes récemment mises sous TARV, la plupart d'entre elles termineront un traitement préventif de la tuberculose *avant* de pouvoir bénéficier d'un modèle de TARV différencié. Dans ce contexte, la fin d'un traitement préventif de la tuberculose pourrait être envisagée comme un critère d'éligibilité à un modèle de TARV différencié.

2. **TPT en parallèle de la transition vers TARV différencié**
   Certaines personnes sous TARV auront commencé un traitement préventif de la tuberculose, mais ne l'auront pas terminé au moment de l'évaluation de leur éligibilité à un modèle de TARV différencié. Comme expliqué ci-dessus, les personnes pouvant bénéficier de modèles moins intensifs qui n'ont pas terminé leur traitement préventif de la tuberculose doivent pouvoir passer à un modèle de TARV différencié alors qu'elles terminent leur traitement. Dans ce cas, il faut s'efforcer d'intégrer les services liés au traitement préventif de la tuberculose dans tout modèle de TARV différencié que le bénéficiaire des soins préfère.
3. **Transition vers TARV différencié avant TPT**
   Dans certains pays, comme le Zimbabwe, un grand nombre de personnes sont passées à des modèles de TARV différenciés moins intensifs sans avoir reçu de traitement préventif de la tuberculose. Dans ce contexte, les ministères de la Santé doivent élaborer des stratégies relatives au traitement préventif de la tuberculose pour chaque modèle de TARV différencié afin de pouvoir harmoniser l'instauration de ce traitement pour l'ensemble des personnes impliquées dans les différents modèles et ainsi de faciliter leur suivi.

Paquet minimum de services TB/VIH (« quoi »)

1. Tous les modèles de TARV différenciés doivent respecter les meilleures pratiques en matière de **prévention et de lutte contre les infections**, notamment :
   - Les mesures administratives pour les personnes dont la recherche active de la tuberculose s'est avérée positif et celles qui sont atteintes de tuberculose (*par ex.,* hygiène respiratoire, quarantaine et isolement respiratoire)
   - Les mesures environnementales (*par ex.*, les systèmes de ventilation) dans les établissements de santé et le lieu de réunion communautaire
   - La protection respiratoire en mettant à la disposition des patients et des agents de santé un équipement de protection adéquat (*par ex.*, des respirateurs contre les particules) dans les milieux présentant un risque élevé de transmission.
2. L'**intensification du dépistage de la tuberculose** doit se poursuivre dans tous les modèles de TARV différenciés. Ce processus passe notamment par les étapes suivantes :
   - De meilleures connaissances élémentaires sur les symptômes et les signes de la tuberculose afin d'autonomiser les patients et de les encourager à se rendre dans les centres de soins quand ils présentent des signaux d'alarme ;
   - Un dépistage régulier des symptômes de la tuberculose (toux, fièvre, sueurs nocturnes et perte de poids) selon un calendrier conforme aux directives nationales ;
   - De solides processus de référence pour les personnes qui obtiennent un résultat positif au dépistage, y compris une meilleure référence pour l'évaluation (*par ex.*, via un accompagnement) et un suivi étroit afin d'en garantir la réussite ;

- Un suivi adéquat après évaluation, notamment une mise en place rapide du traitement de la tuberculose pour les personnes qui obtiennent un résultat positif au dépistage, et une référence vers un traitement préventif de la tuberculose pour les personnes qui obtiennent un résultat négatif au dépistage.

3. Le **traitement préventif de la tuberculose** doit être fourni aux personnes éligibles, conformément aux directives nationales. Ce processus passe notamment par les étapes suivantes :
   - L'évaluation de l'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose, y compris à l'aide du dépistage de la tuberculose, afin d'identifier toute contre-indication médicale éventuelle au traitement préventif de la tuberculose (*par ex.*, hépatite, consommation excessive d'alcool, neuropathie périphérique ou prise d'autres médicaments hépatotoxiques) et un examen des antécédents médicaux pour déterminer si un traitement préventif de la tuberculose a déjà été suivi ;
   - L'éducation des patients et leur préparation, notamment des conseils sur la consommation d'alcool pendant le traitement préventif de la tuberculose, sur le rôle de la vitamine B6, sur l'observance, sur l'auto-dépistage régulier, mais aussi sur le signalement des symptômes de la tuberculose et des effets indésirables
   - La mise sous traitement préventif de la tuberculose
   - Des conseils et des évaluations de l'observance en permanence
   - Des examens cliniques pendant le traitement préventif de la tuberculose, y compris la recherche active de la tuberculose et le suivi des effets indésirables
   - Les renouvellements du traitement
   - Le suivi et la documentation en permanence pendant le traitement préventif de la tuberculose et la documentation finale des résultats du traitement préventif de la tuberculose (y compris son arrêt ou sa fin).

Intégration des services TB/VIH aux modèles de TARV différenciés (« comment »)

Outre les composantes des services TB/VIH décrites ci-dessus, les programmes doivent déterminer *quand* les services seront fournis (*c'est-à-dire* combien de fois par an et à quelles échéances), *où* et *par qui* (*c'est-à-dire* par quelle catégorie d'agent de santé, quel pair ou quel travailleur non professionnel), comme le montre la Figure 1. Étant donné la diversité des approches de TARV différenciées (voir le Tableau 1), ces décisions doivent être adaptées aux modèles concernés, tel qu'expliqué en détail dans les sections suivantes.

Figure 1 : adaptée du cadre décisionnel de l'IAS pour la prestation du TARV

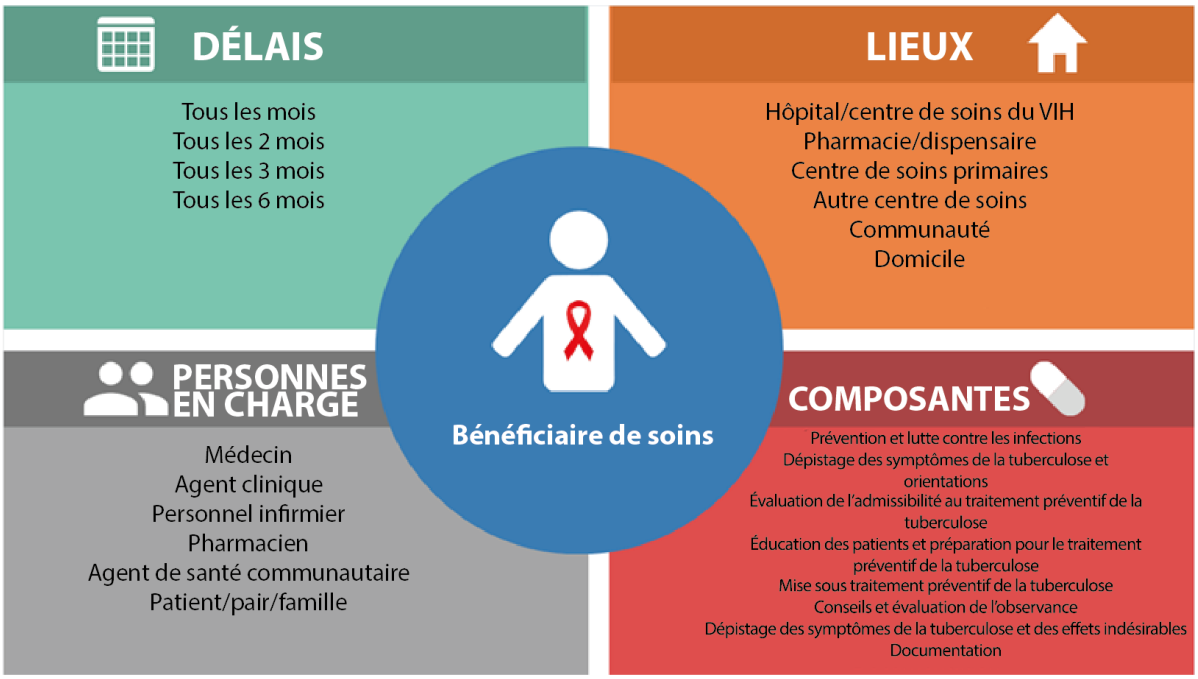


Tableau 1 : modèles de TARV différenciés

Catégorie	Exemples	Remarques
Modèles plus intensifs		
Modèles conventionnels	Modèles individuels au sein de l'établissement de santé avec un suivi relativement fréquent	Il s'agit notamment de modèles destinés aux bénéficiaires de soins qui : (a) ne sont pas encore éligible aux modèles de prestation de services différenciés moins intensifs, (b) n'ont pas été soumis à l'évaluation de leur éligibilité à ces modèles ou (c) ont choisi de ne pas participer à de tels modèles. Ils sont également appelés modèles individuels au sein de l'établissement de santé et évaluation clinique complète en Ouganda, TARV ''traditionnel'' en Eswatini et modèles ''conventionnels'' au Zimbabwe.
Modèles adaptés	Centres de soins virologiques Centres de soins pédiatriques Programmes de PTME	D'autres modèles plus intensifs comprennent ceux destinés aux bénéficiaires de soins dont la charge virale n'est pas supprimée, aux personnes à un stade avancé de l'infection, aux familles, aux enfants et aux adolescents, aux femmes enceintes ou allaitantes, mais aussi aux populations clés.
Modèles moins intensifs		
Modèles individuels au sein de l'établissement de santé	Espacement des rendez-vous sans service acceleré	Pour les bénéficiaires de soins remplissant les critères d'éligibilité spécifiques, les rendez-vous cliniques sont moins fréquents que dans les modèles conventionnels. Les bénéficiaires de soins reçoivent un TARV de 3 à 6 mois selon une prescription sur plusieurs mois. Contrairement au modèle accéléré, tous les rendez-vous comprennent une consultation clinique complète. Exemples : le modèle d'espacement des rendez-vous tous les 6 mois en Éthiopie et le modèle d'espacement des rendez-vous tous les 3 mois au Malawi. *Remarque : ce modèle n'est pas défini par l'espacement des rendez-vous, mais par le fait qu'il est réservé seulement aux personnes remplissant des*

Catégorie	Exemples	Remarques
		critères de « stabilité » spécifiques.
Modèles individuels au sein de l'établissement de santé	Visites rapides et espacement des rendez-vous	Ces modèles associent l'espacement des rendez-vous (soit 1 à 2 visites cliniques par an) à des visites « rapides » intermédiaires, se limitant en règle générale à la récupération des antirétroviraux et à quelques questions de recherche active sur l'observance et la présence ou l'absence de nouveaux symptômes ou problèmes. Les visites servent principalement à récupérer rapidement les antirétroviraux dans l'établissement de santé. Certains médicaments ne peuvent être récupérés qu'à la pharmacie ou en dehors des horaires d'ouverture (à savoir tôt le matin, TARV le soir et pendant les week-ends). Ces modèles sont aussi appelés « rendez-vous rapides et espacés » en Afrique du Sud et « rendez-vous semestriels » au Kenya.
Modèles collectifs au sein de l'établissement de santé	Club ARV	Les agents de santé distribuent les antirétroviraux à plusieurs personnes lors d'un rendez-vous de groupe. Les groupes se rendent dans l'établissement de santé pendant les horaires d'ouverture ou en dehors et se réunissent dans un lieu désigné où ils reçoivent des conseils psychosociaux et sur l'observance, mais aussi d'autres services cliniques, puis récupèrent leurs antirétroviraux. Ces groupes peuvent être hétérogènes, sexospécifiques ou avoir des besoins spécifiques, comme ceux constitués de personnes séropositives au VIH atteintes de maladies non transmissibles. Ces modèles sont aussi appelés « clubs d'observance en établissement » en Côte d'Ivoire et « clubs d'observance urbains » en Zambie.
	Clubs pour adolescents basés dans les établissements de soins	Les agents de santé distribuent les antirétroviraux à des groupes d'adolescents vivant avec le VIH. Ces services comprennent souvent un soutien psychosocial en groupe, des conseils sur l'observance et les renouvellements d'antirétroviraux.
Modèles individuels au sein de la communauté (comprenant des évaluations cliniques tous les 6 à 12 mois)	Modèle de proximité	Distribution des antirétroviraux par les agents de santé + services cliniques simplifiés. Il s'agit notamment de distributions d'antirétroviraux mobiles en Zambie, de TARV de proximité en Eswatini et de modèles de proximité en Zimbabwe.
	Distribution communautaire de médicaments	Distribution des antirétroviraux uniquement, aucun service clinique ou services cliniques minimaux (par ex., limités à la recherche active de la tuberculose, à l'examen de l'observance et à l'évaluation de l'état de grossesse). Exemples : délivrance et distribution centralisées de médicaments pour maladies chroniques (Afrique du Sud + Zambie), PODI[1] (Ouganda), distribution communautaire d'antirétroviraux en dehors des établissements de santé (Zimbabwe), modèle communautaire de distribution en pharmacies indépendantes (Zambie), distribution d'antirétroviraux à domicile (Zambie), modèle PODI *(postes de distribution communautaire d'antirétroviraux)* (République démocratique du Congo) comprenant des centres d'accueil dirigés par les pairs pour la distribution d'antirétroviraux et une vérification des symptômes et de l'observance.
Modèles	Groupes de TARV au	Il s'agit d'un modèle mené par les pairs destiné aux petits groupes de

[1] PODI = postes de distribution communautaire d'antirétroviraux (Ouganda)

Catégorie	Exemples	Remarques
collectifs au sein de la communauté (comprenant des rendez-vous au centre de soins tous les 6 à 12 mois)	sein de la communauté (menés par les pairs)	patients sous TARV qui se réunissent tous les 1 à 3 mois au sein de leur communauté. Un membre du groupe récupère les médicaments de tout le monde à l'établissement de santé. Ensuite, l'ensemble des membres du groupe se réunissent dans leur communauté afin de récupérer leurs antirétroviraux et commencer leur TARV. Ce modèle s'appelle aussi groupe communautaire TARV, groupe communautaire de renouvellement du TARV au Zimbabwe, groupe communautaire TARV au Mozambique et DCTGP[2] en Ouganda.
	Modèle familial	Les bénéficiaires de soins récupèrent leurs antirétroviraux dans les établissements de santé et les distribuent aux membres de leur famille. Ce modèle s'appelle aussi « modèle centré sur la famille » en Eswatini et « renouvellement d'antirétroviraux familial » au Zimbabwe.
	Club communautaires (dirigées par les agents de santé)	Elles sont similaires aux clubs basés dans les établissements de soins à une seule exception : les réunions se tiennent dans un lieu au sein de la communauté.

Considérations programmatiques générales pour la recherche active de la tuberculose

- ***Quand :*** à quelle fréquence/échéance les symptômes de la tuberculose doivent-ils être recherchée ?
  - Comme le prescrivent la plupart des lignes directrices nationales et internationales, les personnes vivant avec le VIH doivent être soumises à la recherche active lors de chaque rendez-vous avec un agent de santé. Toutefois, ces directives ne précisent pas le nombre de recherche active minimum à effectuer par an ou l'intervalle minimum entre deux recherche active.
  - Étant donné que les personnes sous TARV choisissent des modèles de TARV différenciés différents, le nombre de visites cliniques par an sera moins normalisé. Par conséquent, les pays devront indiquer un nombre minimum de recherche active des symptômes de la tuberculose à effectuer par an.
- ***Où :*** Où faire la recherche active de la tuberculose ?
  - La recherche active de la tuberculose doit être proposé dans les établissements de santé et dans la communauté. Les problèmes de prévention et de lutte contre les infections (Contrôle de l'infection) doivent être pris en compte, indépendamment du milieu concerné.
  - Il sera peut-être de plus en plus possible d'effectuer un suivi à distance par téléphone, SMS et vidéo, même dans les milieux à ressources limitées.
  - Quel que soit le milieu, le lien avec les services de diagnostic de la tuberculose doit être garanti pour les personnes dont le recherche active s'est avérée positif. Ce processus peut être facilité/accéléré pour les personnes participant à des modèles de TARV différenciés au sein des établissements de santé par rapport aux modèles communautaires.
- ***Qui :*** quelles personnes doivent être soumises à une recherche active recherche active de la tuberculose ?
  - Les bénéficiaires des soins, leur famille et leurs amis doivent être autonomisés pour surveiller leurs symptômes de la tuberculose et doivent se soumettre à d'autres évaluations, si cela est justifié. Pour atteindre cet objectif, il peut être nécessaire de fournir des supports éducatifs appropriés, des systèmes de rappel (*par ex.*, un envoi automatique de SMS) et des informations sur la demande d'une évaluation supplémentaire.

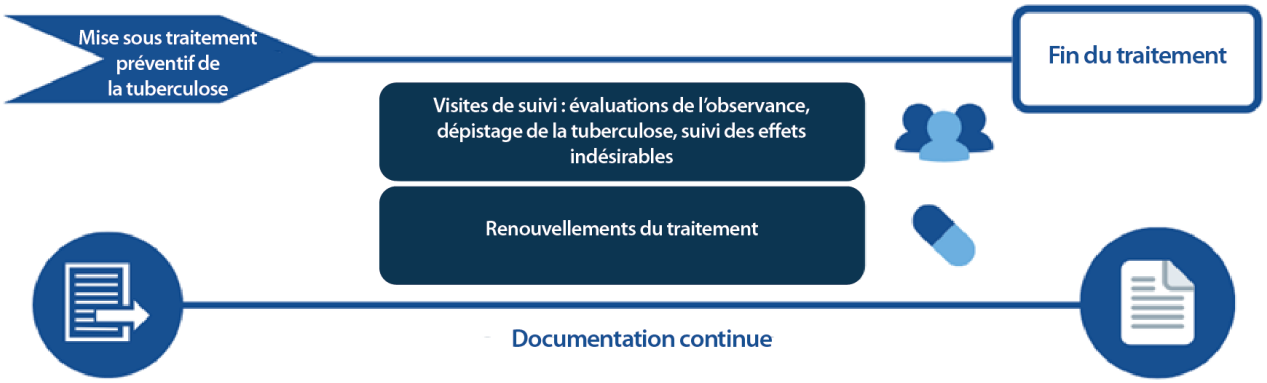
[2] DCTGP = distribution communautaire des TARV gérée par des patients (Ouganda)

- La recherche active recherche active de la tuberculose *peut* être de meilleure qualité quand il est effectué par des agents de santé *par rapport* à des travailleurs non professionnels, comme des pairs éducateurs ou les chefs des groupes communautaires TARV. Toutefois, il manque des données factuelles à ce sujet.
- Dans certains modèles de TARV différenciés, les contacts avec les agents de santé sont peu fréquents. Permettre à d'autres catégories de personnes d'effectuer la recherche active des symptômes de la tuberculose (*par ex.,* les agents de santé communautaires, les pairs, les chefs des groupes communautaires TARV ou les membres des groupes communautaires) ou aux agents de santé d'effectuer ces recherche actives à distance (*c'est-à-dire* par téléphone ou SMS) élargirait l'accès à ces services et en faciliterait l'utilisation.

Considérations programmatiques générales pour le traitement préventif de la tuberculose

Comme illustré à la Figure 2, la prestation de services liés au traitement préventif de la tuberculose implique quelques quoi qui doivent être adaptées aux modèles de TARV différenciés. Les considérations sur le ou, le quand et qui et le quoi du traitement préventif de la tuberculose dans le cadre de chaque type de modèle de TARV différencié sont abordées plus en détail dans la section III ci-dessous.

Figure 2 : quoi de la prestation de services liés au traitement préventif de la tuberculose à adapter pour chaque modèle de TARV différencié



Voici les considérations générales et les principales questions à traiter pour chacune de ces quoi.

- Comment optimiser les processus d'évaluation de l'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose et l'initiation de ce traitement dans chaque modèle ?
  - ***Quand :*** comme expliqué ci-dessus, de nombreuses personnes sous TARV termineront le traitement préventif de la tuberculose avant d'être éligible à un modèle de TARV différencié. Les personnes qui passent à des modèles moins intensifs *pendant* leur traitement préventif de la tuberculose ou qui commencent ce traitement après être passées à un modèle de TARV différencié peuvent bénéficier d'une évaluation de l'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose (TPT) et d'une mise en route lors des rendez-vous de routine, mais aussi des initiatives de rappel des patients pour des visites spéciales de recherche active et de mise en route grâce à un modèle de « campagne ». Cette stratégie a été mise en œuvre dans certains pays en parallèle de la transition vers de nouveaux TARV (*par ex.*, un TARV à base de dolutégravir) et est envisagée par d'autres pays qui prévoient de proposer de nouveaux traitements préventifs de la tuberculose (*par ex.*, 3HP).
  - ***Où*** : en règle générale, l'initiation d'un traitement préventif de la tuberculose a lieu dans un établissement de santé sous la supervision d'un agent de santé, même si, d'après de nouvelles données, elle peut s'effectuer en toute sécurité et de manière efficace au sein de la communauté.

- ***Qui*** : comme expliqué ci-dessus, plusieurs catégories de personnes peuvent effectuer la recherche active de la tuberculose. Toutefois, nombre de pays exigent que l'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose soit déterminée par un clinicien, comme un membre du personnel infirmier ou un médecin. Une évaluation de l'éligibilité peut également nécessiter l'accès aux antécédents médicaux, ce qui impose une autre limite quant à la personne capable de mener cette tâche.

- Comment la gestion et le suivi des patients peuvent-ils être optimisés dans chaque modèle ?
  - ***Quand*** : traditionnellement, le traitement préventif par l'isoniazide (TPI) nécessite des rendez-vous mensuels dans les établissements de santé. Or, un tel calendrier peut dissuader les patients des modèles de prestation de services différenciés moins intensifs, qui se rendent déjà au centre de soins tous les 3 à 6 mois, de commencer un traitement préventif de la tuberculose. Il est recommandé de prévoir des visites de suivi dans les 2 à 4 semaines suivant l'initiation du traitement préventif de la tuberculose afin d'identifier tout effet indésirable et de renforcer l'observance. Néanmoins, les visites suivantes ne doivent pas être nécessairement mensuelles, notamment pour les patients participant aux modèles de TARV différenciés au sein de la communauté pouvant apporter une aide communautaire à l'observance et au suivi ou bien pour les patients dont le suivi peut s'effectuer par téléphone ou SMS. L'Afrique du Sud, le Malawi, l'Ouganda et la Zambie comptent parmi les pays proposant des renouvellements du TPI sur plusieurs mois, en adéquation avec le calendrier de renouvellement du TARV.
  - ***Où*** : il existe un intérêt croissant pour la prestation de services liés au traitement préventif de la tuberculose au sein des communautés et des établissements de santé, en particulier dans le cadre des modèles où le TARV est également fourni au sein des communautés. Dans ce cas, le suivi communautaire doit s'accompagner de solides procédures de référence afin d'évaluer plus précisément tout effet indésirable ou symptôme de la tuberculose signalé. Comme expliqué précédemment, il sera peut-être de plus en plus possible d'effectuer un suivi à distance par téléphone, SMS et vidéo, même dans les milieux à ressources limitées.
  - ***Qui*** : en règle générale, les cliniciens et le personnel des pharmacies se chargent du suivi des effets indésirables liés au traitement préventif de la tuberculose. Or, dans le cadre de cette approche, plusieurs pays se sont particulièrement intéressés à la possibilité de tirer parti des systèmes et de la solidarité dans les modèles de TARV différenciés en groupes menés par les pairs. Ces milieux se penchent sur la formation des chefs de groupes à la recherche active des effets indésirables liés au traitement préventif de la tuberculose (et des symptômes de cette maladie), mais aussi à l'apport d'une aide à l'observance pour un tel traitement. Par exemple, la Zambie a mis en place l'utilisation de téléphones portables par les agents de santé afin de fournir suivi et soutien via des SMS et des appels.

- Comment les processus de prescription, de distribution et de suivi des médicaments du traitement préventif de la tuberculose peuvent-ils être optimisés dans chaque modèle ?
  - ***Quand*** : dans de nombreux pays, le traitement préventif de la tuberculose est habituellement fourni pour un mois seulement, ce qui oblige les patients à le renouveler régulièrement. La prestation du traitement sur une plus longue période permettrait d'en renforcer l'observance et inciterait les patients à le suivre jusqu"au bout, en particulier ceux qui l'ont déjà bien observé depuis plusieurs mois et n'ont pas eu d'effets indésirables. Étant donné les conditions de plus en plus pratiques pour les bénéficiaires de soins, il est recommandé d'harmoniser les calendriers de distribution des antirétroviraux et du traitement préventif de la tuberculose.
  - ***Où*** : les médicaments sont souvent fournis et distribués à la pharmacie d'un établissement de santé. Or, les distributions au sein des communautés se sont avérées réalisables dans le cadre d'études pilotes et peuvent engendrer moins de perturbations pour les patients participant aux modèles de TARV différenciés, en particulier vers la fin du traitement préventif de la tuberculose. Il peut aussi être envisagé d'organiser des distributions dans les pharmacies des communautés ou à domicile. Enfin, la distribution

des antirétroviraux et des médicaments du traitement préventif de la tuberculose dans les mêmes lieux peut également améliorer l'intégration des services.

- ***Qui*** : la prescription et la distribution des médicaments sont étroitement réglementées et limitées à des catégories spécifiques de personnes dans chaque pays. Cependant, il existe davantage d'options de distribution des médicaments préemballés. En théorie, les médicaments du traitement préventif de la tuberculose pourraient être distribués par des catégories de personnes plus diversifiées, y compris les pairs éducateurs et les agents de santé communautaires.

- Comment le renseignement des registres et la rédaction de rapports peuvent-elles être optimisées dans chaque modèle ?
  - ***Quand*** : la documentation de l'observance du traitement préventif de la tuberculose, le nombre total de doses reçues, les résultats de la recherché active de la tuberculose et la présence ou l'absence d'effets indésirables doivent être documentée à chaque visite de suivi ou de renouvellement. Si un patient arrête le traitement préventif de la tuberculose, puis le reprend, il est essentiel de documenter aussi ces événements à l'instar TARV de la fin du traitement. Au fur et à mesure de la diversification des modèles, ces données peuvent être obtenues par téléphone, SMS ou lors de rendez-vous en personne.
  - ***Où*** : étant donné que le traitement préventif de la tuberculose est intégré aux modèles de TARV différenciés, les données peuvent être collectées dans les communautés comme dans les établissements de santé. Les registres et les outils devront sûrement être adaptés en conséquence et, le cas échéant, intégrés aux dossiers de TARV utilisés dans ces lieux.
  - ***Qui*** : outre déterminer les catégories de personnes en charge de la collecte des données pertinentes, les programmes devront certainement intégrer des données de diverses sources. Par exemple, les agents de santé, les agents de santé communautaires et les travailleurs non professionnels peuvent recueillir les données d'observance au sein de la communauté, tandis que le personnel des établissements de santé peut recueillir les informations sur les effets indésirables et le dépistage de la tuberculose.

- En quoi la disponibilité de nouveaux traitements préventifs de la tuberculose, comme 3HP et 3RH, influe-t-elle sur les questions ci-dessus ?
  - Les calendriers plus courts requis par ces modèles peuvent aider à terminer le traitement préventif de la tuberculose lors de l'initiation d'un TARV (*c'est-à-dire* avant l'éligibilité à la prestation de services différenciés).
  - Comme les délais du traitement préventif de la tuberculose sont plus courts grâce à 3HP et 3RH, il peut être moins perturbant pour les patients de bénéficier d'un traitement dans un établissement de santé dans le cadre de modèles de prestation de services différenciés moins intensifs.

III. Intégration de l'intensification des dépistages et du traitement préventif de la tuberculose dans les modèles au sein de l'établissement de santé

Les modèles de TARV différenciés moins intensifs basés dans les établissements de santé comprennent des *modèles individuels*, tels que les prescriptions pour plusieurs mois et les services rapides, et des *modèles collectifs*, comme les clubs de traitement antirétroviral. Les Tableaux 2a et 2b mettent en avant certains des principaux problèmes liés aux quoi, quand, où, et qui des services TB/VIH dans ces contextes.

Modèles individuels au sein de l'établissement de santé

Les modèles individuels au sein de l'établissement de santé les plus courants pour les modèles de TARV différenciés moins intensifs comprennent l'espacement des rendez-vous et des prescriptions pour plusieurs mois avec ou sans visites rapides (voir le Tableau 1).

Opportunités

- Les modèles d'espacement des rendez-vous sont plus pratiques que les modèles « conventionnels » pour les patients réagissant bien sous TARV. En outre, ils sont plus souvent associés à des économies et des taux de rétention plus élevés. En diminuant le taux de perte de vue lors du suivi, ces modèles peuvent optimiser les occasions de fournir un traitement préventif de la tuberculose.
- En désaturant les établissements de santé, ces modèles et d'autres modèles de TARV différenciés moins intensifs peuvent permettre aux agents de santé de passer plus de temps avec les patients, ce qui est susceptible d'augmenter les possibilités de fournir une recherche active de la tuberculose et d'initier un traitement préventif de la tuberculose.

Difficultés

- L'espacement des visites diminue les opportunités de la recherche active de la tuberculose et de l'intensification des dépistages, par rapport aux modèles plus intensifs ou non différenciés.
- Dans certains modèles rapides, la recherche active de la tuberculose est effectuée par des travailleurs non professionnels ou des techniciens pharmaceutiques, et ce processus *peut* être de moins bonne qualité que celui mené par les agents de santé.
- L'absence de services complémentaires au sein des communautés peut générer des obstacles à l'observance du traitement préventif de la tuberculose, à la rétention, à la référence vers des services cliniques en cas d'effets indésirables ou à la référence vers des services de diagnostic de la tuberculose en cas de symptômes entre deux visites.
- Si le TARV et le traitement préventif de la tuberculose ne sont pas administrés selon le même calendrier, il existe un risque d'accroître la complexité, de décourager l'utilisation et de diminuer la couverture du traitement préventif.
- Si des visites mensuelles sont requises pour le traitement préventif de la tuberculose, cela peut décourager les patients se rendant actuellement moins souvent dans les établissements de participer tout en diminuant la demande et la couverture.

Considérations pour l'amélioration de l'intégration des services TBVIH

- Tous les programmes de TARV différencié doivent s'efforcer de garantir les connaissances élémentaires sur le traitement afin de s'assurer que les patients participant à ce type de modèles et leur famille connaissent les signes et les symptômes de la tuberculose et les effets indésirables du traitement préventif de la tuberculose, mais aussi savent contacter les agents de santé s'ils en identifient.

- La formation sur site du personnel et sa supervision sont nécessaires pour garantir une recherche active de la tuberculose de qualité supérieure lors des visites rapides, en particulier pour ceux qui ne sont pas cliniciens (*par ex.*, le personnel des pharmacies et les pairs éducateurs).
- Il peut être nécessaire d'associer aux visites moins fréquentes (*par ex.*, pour les patients participant à des modèles d'espacement des rendez-vous) des services complémentaires au sein des communautés, notamment la recherche active de la tuberculose.
- Le traitement préventif de la tuberculose doit être mis en route lors de visites cliniques (non rapides).
- Pour les patients bénéficiant d'un traitement préventif de la tuberculose, des contacts étroits par SMS ou téléphone peuvent être nécessaires pour dépister tout effet indésirable ou identifier tout obstacle à l'observance.

Modèles collectifs au sein de l'établissement de santé

Les modèles collectifs au sein de l'établissement de santé les plus courants pour les modèles de TARV différenciés moins intensifs comprennent les clubs de traitement antirétroviral, les rendez-vous de groupe au cours desquels 8 à 20 patients rencontrent un agent de santé, un agent non professionnel ou un pair afin d'obtenir de l'aide, d'évaluer leur observance du TARV, de dépister les symptômes de la tuberculose, d'étudier les nouveaux problèmes et obstacles, mais aussi de distribuer des antirétroviraux (voir le Tableau 1).

Opportunités

- Le soutien par des pairs peut renforcer l'intérêt pour les services liés au traitement préventif de la tuberculose. Dans certains cas, le groupe peut comprendre d'autres patients suivant ce traitement, ce qui en facilite la « normalisation ».
- L'harmonisation des dates de mise en route d'un traitement préventif de la tuberculose chez les patients d'un même club (*par ex.*, des groupes de patients mis sous traitement au même moment) peut susciter un soutien par des pairs supplémentaire et simplifier la gestion du club.
- L'harmonisation des calendriers de distribution des antirétroviraux et du traitement préventif de la tuberculose facilitera le processus pour les patients et peut renforcer l'observance.

Difficultés

- L'espacement des visites diminue les opportunités de recherche active de la tuberculose et de l'intensification des dépistages, par rapport aux modèles plus intensifs ou non différenciés.
- L'absence de services complémentaires au sein des communautés peut générer des obstacles à l'observance du traitement préventif de la tuberculose, à la rétention, à la référence vers des services cliniques en cas d'effets indésirables ou à la référence vers des services de diagnostic de la tuberculose en cas de symptômes entre deux visites.
- Si des visites mensuelles sont requises pour le traitement préventif de la tuberculose, cela peut décourager les patients se rendant actuellement moins souvent dans les établissements de participer tout en diminuant la demande et la couverture.
- Si le TARV et le traitement préventif de la tuberculose ne sont pas administrés selon le même calendrier, il existe un risque d'accroître la complexité, de décourager l'utilisation et de diminuer la couverture du traitement préventif.

Considérations pour l'amélioration de l'intégration des services TB/VIH

- Comme dans tous les modèles, la prévention et la lutte contre les infections doivent être étroitement surveillées pour les visites de groupe (*par ex.*, les systèmes de ventilation, le triage selon la toux et la disponibilité des respirateurs contre les particules).

- Le modèle collectif permet de bénéficier d'un soutien par des pairs et d'améliorer les connaissances élémentaires sur le traitement chez les patients suivant un traitement préventif de la tuberculose et participant à un modèle mené par les pairs en ce qui concerne le signalement des symptômes de la tuberculose ou des effets indésirables du traitement préventif de la tuberculose.
- La synchronisation du traitement préventif de la tuberculose (*par ex.*, mettre plusieurs membres du groupe sous ce traitement au même moment) peut simplifier le suivi et la rédaction de rapports tout en encourageant éventuellement la solidarité. Pour ce faire, une visite clinique extraordinaire peut être organisée le même jour pour tous les membres du groupe ou bien des agents de santé peuvent se rendre sur le lieu de la visite au sein de l'établissement afin d'effectuer des évaluations et des initiations.

Tableau 2a : modèles individuels au sein de l'établissement de santé : le Quoi /Quand/Où et Qui de l'intégration de l'intensification des dépistages et du traitement préventif de la tuberculose

	Modèles individuels au sein de l'établissement de santé (Par ex., services rapides +/- prescription sur plusieurs mois)			
	Intensification des dépistages*	**Mise sous traitement préventif de la tuberculose**	**Renouvellements du traitement préventif de la tuberculose**	**Visites de suivi**
Quoi	Recherche active de la tuberculose	Évaluation de l'éligibilité Recherche active de la tuberculose Éducation et instructions de suivi	Renouvellement des médicaments	Recherche active de la tuberculose Vérification de l'observance Suivi des effets indésirables Documentation de l'observance et de la fin du traitement
Quand	À chaque consultation dans un établissement de santé	Lors de visites cliniques de routine Dans certains contextes, une visite de rappel spéciale peut être planifiée pour évaluer l'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose et son initiation.	Harmonisation avec le calendrier de renouvellement du TARV	Chaque mois après l'initiation au cours du premier trimestre, puis à chaque visite pour le renouvellement du TARV jusqu''à la fin du traitement préventif de la tuberculose
Où	Centre de soins	Centre de soins	Lieu de récupération des médicaments au sein de l'établissement de santé (souvent la pharmacie, mais pas toujours)	Lieu de récupération des médicaments au sein de l'établissement de santé Appels téléphoniques entre deux récupérations (dans le cadre de certains modèles)
Qui	Clinicien	Clinicien	Personnel de pharmacie	Clinicien

*En plus de l'auto-dépistage continu par les patients

Tableau 2b : modèles collectifs au sein de l'établissement de santé : le Quoi /Quand/Où et Qui de l'intégration de l'intensification des dépistages et du traitement préventif de la tuberculose)

	Modèles collectifs au sein de l'établissement de santé (*Par ex.*, club de traitement antirétroviral)			
	Intensification des dépistages*	**Mise sous traitement préventif de la tuberculose**	**Renouvellements du traitement préventif de la tuberculose**	**Visites de suivi**
Quoi	Recherche active de la tuberculose	Évaluation de l'éligibilité Recherche active de la tuberculose Éducation et instructions de suivi	Renouvellement des médicaments	Recherche active de la tuberculose Vérification de l'observance Suivi des effets indésirables Documentation de l'observance et de la fin du traitement
Quand	À chaque rendez-vous de groupe dans un établissement de santé	Lors de visites cliniques de routine Dans certains contextes, une visite de rappel spéciale peut être planifiée pour évaluer éligibilité au traitement préventif de la tuberculose et son initiation.	Harmonisation avec le calendrier de renouvellement du TARVV	Chaque mois après l'initiation au cours du premier trimestre, puis à chaque visite habituelle de groupe jusqu'à la fin du traitement préventif de la tuberculose
Où	Centre de soins	Centre de soins	Lieu de réunion de groupe dans un établissement de santé	Lieu de réunion de groupe dans un établissement de santé Appels téléphoniques entre deux récupérations (dans le cadre de certains modèles)
Qui Qui	Clinicien Travailleur non professionnel Chef(s) de groupe	Clinicien	Médicaments souvent préemballés par la pharmacie et distribués par le responsable du groupe	Responsable du groupe (en règle générale, un membre du personnel infirmier ou un autre agent de santé)

*En plus de l'auto-dépistage continu par les patients

IV. Intégration de l'intensification des dépistages et du traitement préventif de la tuberculose dans les modèles au sein de la communauté

Les modèles de TARV différenciés moins intensifs au sein de la communauté comprennent, d'une part, des modèles individuels, tels que les modèles de proximité, les modèles PODI et les modèles de distribution communautaire de médicaments, et, d'autre part, des modèles collectifs, tels que les groupes de TARV au sein de la communauté. Les Tableaux 3 et 4 mettent en avant certains des principaux problèmes liés au quoi, au quand, au où et au qui des services TB/VIH dans ces contextes. Il est important de noter que certains modèles au sein de la communauté sont dirigés par des agents de santé et d'autres par des travailleurs non professionnels (*par ex.*, les pairs).

La documentation, le suivi et l'évaluation sont examinés plus en détail à la section VII. En résumé, voici les principales considérations relatives à la documentation au sein de la communauté :

- Les modèles au sein de la communauté peuvent présenter des obstacles à la collecte des données et à leur harmonisation avec les dossiers médicaux des clients au sein des établissements de santé. Certains pays ont établi des normes pour saisir les données recueillies au sein de la communauté dans les systèmes des établissements de santé. Par exemple, l'Ouganda exige que ce traitement soit effectué dans un délai de 72 heures.
- Il convient de développer des systèmes de circuit de données afin de garantir un flux de données constant entre les modèles au sein de la communauté et les registres et dossiers des patients conservés par les établissements de santé.
- Les outils actuellement utilisés pour les modèles de TARV différenciés au sein de la communauté doivent être améliorés pour consigner le dépistage de la tuberculose et la prestation de services liés au traitement préventif de la maladie.
- Il convient de mettre en place des mécanismes de référence afin de garantir la référence active et documentée des patients vers les établissements de santé pour permettre d'identifier la tuberculose en cas de suspicion ou pour des soins si les patients présentent des effets indésirables liés au traitement préventif de la tuberculose.
- Il est particulièrement important d'instaurer des systèmes de collecte des données qui soient simples et rationnels pour les modèles dirigés par des travailleurs non professionnels. L'utilisation de systèmes de données électroniques peut permettre d'améliorer le circuit des données et de réduire la charge liée à la saisie de ces données.

Modèles individuels au sein de la communauté

Il existe différents modèles individuels au sein de la communauté pour les TARV différenciés moins intensifs, qui relèvent généralement de deux catégories (voir le Tableau 1). Dans le modèle de proximité, les agents de santé se rendent dans la communauté pour fournir les services cliniques, distribuer les antirétroviraux et parfois recueillir des échantillons pour des tests en laboratoire. Dans les modèles de distribution communautaire de médicaments, le TARV est fourni dans les pharmacies de la communauté ou d'autres où de récupération des médicaments, et complété par des « petits » services, tels que la recherche active de la tuberculose et l'évaluation de l'observance, mais pas des soins cliniques (voir les Tableaux 3a et 3b).

Opportunités

- En proposant une recherche active trimestriel des symptômes de la tuberculose au sein de la communauté par des agents de santé, le modèle de proximité peut offrir le « meilleur des deux mondes » en termes de qualité et de fréquence de l'intensification des dépistages.
- L'administration du TAR et du traitement préventif de la tuberculose selon le même calendrier peut augmenter la demande et l'utilisation.
- En espaçant les rendez-vous dans les établissements de santé, il est possible de réduire le risque d'infection par la tuberculose.
- La prestation de services intégrés au sein de la communauté peut limiter la stigmatisation liée aux services spécifiques au VIH.

Difficultés

- Des formations et des contrôles supplémentaires pourront être nécessaires pour s'assurer que le dépistage de la tuberculose effectué par les travailleurs non professionnels est de même qualité que celui effectué par les agents de santé.
- Des formations et des contrôles supplémentaires pourront être nécessaires pour s'assurer que la documentation/collecte de données effectuée par les travailleurs non professionnels est de même qualité que celle effectuée par les agents de santé.
- Si le recherche active de la tuberculose ne fait pas partie des services de soins offerts à l'échelle de la communauté, l'espacement des rendez-vous dans les établissements de santé suppose une réduction des opportunités d'intensification des dépistages.
- Si le TARV et le traitement préventif de la tuberculose ne sont pas administrés selon le même calendrier, l'intégration du traitement préventif dans ces modèles peut accroître la complexité, décourager l'utilisation et diminuer la couverture du traitement préventif.
- L'absence de services complémentaires au sein de la communauté dans les modèles individuels peut soulever des difficultés en ce qui concerne l'observance du traitement préventif, la rétention dans les soins et la référence vers le diagnostic de tuberculose si les symptômes surviennent entre deux visites de proximité/récupérations du TARV.

Considérations pour l'amélioration de l'intégration des services TBVIH

- Une formation et un contrôle continus sont nécessaires pour garantir la qualité supérieure de la recherche active de la tuberculose lors des visites au sein de la communauté, notamment à l'attention des personnes qui ne sont pas médecins (*par ex.*, les pairs éducateurs). L'élaboration et l'utilisation d'outils de travail pour différents niveaux de connaissance peuvent aller en ce sens.
- Comme des études pilotes l'ont montré, la mise sous traitement préventif de la tuberculose et le suivi dans les modèles de type proximité peuvent s'avérer tout aussi voire plus efficaces que dans les modèles au sein de l'établissement.
- Dans la plupart des cas, seuls les médecins peuvent mettre en place un traitement préventif de la tuberculose, ce qui exclut les modèles dirigés par les pairs.

Modèles collectifs au sein de la communauté

Les modèles collectifs au sein de la communauté portent différents noms et se réunissent à différentes fréquences (voir le Tableau 1). La plupart sont dirigés par les pairs, y compris les célèbres groupes communautaires TARV pilotés pour la première fois au Mozambique il y a plus de dix ans. Plus rarement, les groupes au sein de la communauté sont animés par des agents de santé ou des agents de santé communautaires (voir les Tableaux 4a et 4b). Les modèles familiaux permettent à un membre de la famille

de récupérer le TARV pour les autres et pour lui-même ; dans les faits, cela se traduit souvent par une femme qui récupère les médicaments pour son conjoint ou ses enfants.

Opportunités

- Les responsables de groupes/pairs peuvent fournir des informations et des conseils sur l'importance du traitement préventif de la tuberculose, notamment dissiper les mythes, répondre aux questions et partager leur propre expérience, tout ce qui pourrait améliorer l'utilisation.
- Grâce à une formation et des outils de soutien suffisants, les responsables de groupes/pairs pourraient assurer La recherche active de la tuberculose à intervalle régulier.
- Pour les groupes dirigés par des agents de santé, la recherche active trimestriel des symptômes de la tuberculose au sein de la communauté pourrait offrir le « meilleur des deux mondes » en termes de qualité et de fréquence.
- Grâce à une formation et des outils de soutien suffisants, les responsables de groupes/pairs pourraient évaluer les effets indésirables que présentent les membres sous traitement préventif et soutenir l'observance.
- Les modèles collectifs peuvent améliorer la connaissance du traitement et permettre aux patients de s'auto-dépister (*c'est-à-dire* reconnaître les symptômes importants et les signaler rapidement le cas échéant).
- L'administration du TARV et du traitement préventif de la tuberculose selon le même calendrier peut augmenter la demande et l'utilisation.
- L'harmonisation des dates d'initiation d'un traitement préventif de la tuberculose chez les patients d'un groupe communautaire (*par ex.* des groupes de patients mis sous traitement au même moment) peut susciter un soutien par des pairs supplémentaire et simplifier la gestion des médicaments au sein du groupe.
- En espaçant les visites dans les établissements de santé, il est possible de réduire le risque d'infection par la tuberculose dans les centres de soin.

Difficultés

- L'espacement des visites à l'établissement de santé peut limiter les possibilités d'évaluer et de mettre en place le traitement préventif de la tuberculose, notamment au sein des groupes qui ne sont pas dirigés par des agents de santé.
- Dans le modèle familial, si c'est toujours le même membre de la famille qui se rend à l'établissement de santé, les autres ne peuvent bénéficier d'une recherche active de la tuberculose effectuée par des agents de santé et d'une évaluation de l'éligibilité au traitement préventif qu'une fois par an.
- La recherche active de la tuberculose et le suivi des effets indésirables des médicaments du traitement préventif effectués par les pairs *peuvent* ne pas s'avérer aussi efficaces que ceux effectués par les agents de santé, bien que les données à ce sujet soient rares.
- Si le TARV et le traitement préventif de la tuberculose ne sont pas administrés selon le même calendrier, il existe un risque d'accroître la complexité, de décourager l'utilisation et de diminuer la couverture du traitement préventif.
- L'échelonnement des visites des membres du groupe à l'établissement de santé ne permet pas non plus d'harmoniser les dates d'initiation du traitement préventif de la tuberculose, ce qui complique d'autant plus le processus de suivi et de renouvellement des médicaments.

Considérations pour l'amélioration de l'intégration des services TBVIH

- Une formation et un contrôle continus sont nécessaires pour garantir la qualité supérieure du recherche active de la tuberculose et le suivi des effets indésirables lors des visites au sein de la communauté, notamment pour les personnes qui ne sont pas médecins (*par ex.*, les pairs éducateurs). L'élaboration et l'utilisation d'outils de travail pour différents niveaux de connaissance peuvent aller en ce sens.
- Dans la plupart des cas, seuls les médecins peuvent mettre en place un traitement préventif de la tuberculose, ce qui exclut les modèles dirigés par les pairs. Par conséquent, il faudrait mettre en place des systèmes garantissant que l'éligibilité des membres d'un groupe au traitement préventif de la tuberculose est évaluée lorsqu'ils ont rendez-vous à l'établissement de santé. Dans les cas où tous les membres d'un groupe ont rendez-vous en même temps (comme au Zimbabwe), le dépistage de la tuberculose, la mise sous traitement préventif et l'administration de médicaments peuvent être harmonisés pour l'ensemble du groupe.
- Si un seul membre du groupe récupère les médicaments du TARV et du traitement préventif de la tuberculose, les informations concernant les membres du groupe sous traitement préventif et la durée de ce traitement doivent être suivies de près. En outre, la pharmacie doit préemballer les médicaments de manière appropriée pour les membres concernés. L'initiation d'un traitement préventif de la tuberculose pour tous les membres en même temps pourrait grandement simplifier ce processus.
- Une autre approche à l'égard des mises sous traitement préventif de la tuberculose échelonnées dans le cadre des modèles dirigés par des pairs consiste à prévoir la présence d'un agent de santé lors de la réunion de groupe, en particulier pour initier le traitement chez tous les membres du groupe qui sont éligibles, ce qui peut simplifier la gestion du traitement préventif de la tuberculose et le suivi des rendez-vous suivants.
- De solides processus de référence sont nécessaires pour les personnes présentant des symptômes de la tuberculose ou des effets indésirables liés aux médicaments, et ces informations doivent constamment être complétées et accessibles pour tous les membres du groupe (*par ex.*, la consultation sans rendez-vous et l'assistance téléphonique).

Tableau 3a : modèles individuels au sein de la communauté (dirigés par des agents de santé) : quoi/quand/ou et qui est en charge de l'intégration de l'intensification des dépistages et du traitement préventif de la tuberculose

	Modèles individuels au sein de la communauté Piloté par des agents de santé (*Par ex.*, modèle de proximité)			
	Intensification des dépistages*	**Mise sous traitement préventif de la tuberculose**	**Renouvellements du traitement préventif de la tuberculose**	**Visites de suivi**
Quoi	Recherche active de la tuberculose	Évaluation d'éligibilité, recherche active de la tuberculose, éducation et instructions de suivi	Renouvellement des médicaments	Recherche active de la tuberculose Vérification de l'observance Suivi des effets indésirables Documentation de l'observance et de la fin du traitement
Quand	À chaque consultation avec un agent de santé (généralement tous les 1 à 3 mois)	Lors de visites cliniques de routine	Harmonisation avec le calendrier de renouvellement du TARV	Chaque mois après l'initiation au cours du premier trimestre, puis à chaque visite pour le renouvellement du TARV jusqu'à la fin du traitement préventif de la tuberculose
Où	Communauté	Centre de soins ou communauté	Actuellement, la plupart des pays exigent que les renouvellements du traitement préventif de la tuberculose se fassent au sein de l'établissement. Cependant, en théorie, l'équipe de proximité pourrait assurer les renouvellements au sein de la communauté.	Actuellement, la plupart des pays exigent que le suivi se fasse au sein de l'établissement. Cependant, en théorie, l'équipe de proximité pourrait assurer le suivi au sein de la communauté.
Qui	Clinicien	Clinicien	Personnel de pharmacie Les médicaments pourraient être préemballés par le personnel de pharmacie et distribués par les agents de santé.	Clinicien

*En plus de l'auto-dépistage continu par les patients

Tableau 3b : modèles individuels au sein de la communauté (dirigés par des travailleurs non professionnels/pairs) : quoi/quand/ou et qui en charge de l'intégration de l'intensification des dépistages et du traitement préventif de la tuberculose

	Modèles individuels au sein de la communauté Pilotage par des travailleurs non professionnels/pairs (*par ex.*, modèle PODI)			
	Intensification des dépistages*	**Mise sous traitement préventif de la tuberculose**	**Renouvellements du traitement préventif de la tuberculose**	**Visites de suivi**
Quoi	Recherche active de la tuberculose	Évaluation de l'éligibilité, recherche active de la tuberculose, éducation et instructions de suivi	Renouvellement des médicaments	Recherche active de la tuberculose à l'aide d'outils et de supports adaptés Vérification de l'observance à l'aide d'outils et de supports adaptés Suivi des effets indésirables à l'aide d'outils et de supports adaptés Documentation de l'observance et de la fin du traitement
Quand	Lors de chaque réunion avec les pairs	Lors de visites cliniques de routine	Harmonisation avec le calendrier de renouvellement du TARV	Évaluation clinique chaque mois après l'initiation au cours du premier trimestre, puis à chaque visite clinique jusqu'à la fin du traitement préventif de la tuberculose Dépistage des symptômes, soutien à l'observance à chaque rendez-vous avec un pair jusqu'à la fin du traitement préventif de la tuberculose
Où	Communauté	Centre de soins	Actuellement, la plupart des pays exigent que les renouvellements du traitement préventif de la tuberculose se fassent au sein de l'établissement.	Actuellement, la plupart des pays exigent que le suivi se fasse au sein de l'établissement. En théorie, le pair pourrait aussi assurer le suivi au sein de la communauté. En théorie, le suivi pourrait également être effectué à distance par le personnel de l'établissement de santé (via des appels ou des SMS).
Qui	Pair	Clinicien	Personnel de pharmacie	Le clinicien effectue le premier suivi. Travailleur non professionnel dans le cadre du modèle PODI

*En plus de l'auto-dépistage continu par les patients

Tableau 4a : modèles collectifs au sein de la communauté (dirigés par des agents de santé) : quoi/quand/ou et qui en charge de l'intégration des services liés à la TB/VIH

	Modèles collectifs au sein de la communauté Pilotage par des agents de santé (*par ex.*, groupes communautaires TARV ou clubs pour adolescents au sein de la communauté dirigés par des agents de santé)			
	Intensification des dépistages*	**Mise sous traitement préventif de la tuberculose**	**Renouvellements du traitement préventif de la tuberculose**	**Visites de suivi**
Quoi	Recherche active de la tuberculose	Évaluation d'éligibilité recherche active de la tuberculose, éducation et instructions de suivi	Renouvellement des médicaments	Recherche active de la tuberculose à l'aide d'outils et de supports adaptés Vérification de l'observance à l'aide d'outils et de supports adaptés Suivi des effets indésirables à l'aide d'outils et de supports adaptés Documentation de l'observance et de la fin du traitement
Quand	Lors de chaque réunion des groupes communautaires TARV (en général tous les 1 à 3 mois) et à chaque visite clinique	Lors de visites cliniques de routine	Harmonisation avec le calendrier de renouvellement du TARV	Chaque mois après l'initiation au cours du premier trimestre, puis à chaque visite pour le renouvellement du TARV jusqu'à la fin du traitement préventif de la tuberculose
Où	Communauté	Centre de soins	Actuellement, la plupart des pays exigent que les renouvellements du traitement préventif de la tuberculose se fassent au sein de l'établissement.	Actuellement, la plupart des pays exigent que le suivi se fasse au sein de l'établissement. Le suivi de l'observance et des effets indésirables pourrait avoir lieu pendant les réunions régulières des groupes communautaires TARV.
Qui	Clinicien ou agent de santé au sein de la communauté	Clinicien	Personnel de pharmacie Les médicaments pourraient être préemballés par le personnel de pharmacie et récupérés avec les antirétroviraux pour les groupes communautaires TARV.	Clinicien ou agent de santé au sein de la communauté

*En plus de l'auto-dépistage continu par les patients

Tableau 4b : modèles individuels au sein de la communauté (dirigés par des travailleurs non professionnels/pairs) : quoi/quand/ou et qui en charge de l'intégration des services TB/VIH

	Modèles collectifs au sein de la communauté Pilotage par des travailleurs non professionnels/pairs (*par ex.*, groupes communautaires TARV, distribution communautaire des TARV, groupes de TARV au sein de la communauté)			
	Intensification des dépistages*	**Mise sous traitement préventif de la tuberculose**	**Renouvellements du traitement préventif de la tuberculose**	**Visites de suivi**
Quoi	Recherche active de la tuberculose	Évaluation de l'éligibilité, recherche active de la tuberculose, éducation et instructions de suivi	Renouvellement des médicaments	Recherche active de la tuberculose à l'aide d'outils et de supports adaptés Vérification de l'observance à l'aide d'outils et de supports adaptés Suivi des effets indésirables à l'aide d'outils et de supports adaptés Documentation de l'observance et de la fin du traitement
Quand	Lors de chaque réunion du groupe communautaire TARV (en général tous les 1 à 3 mois) et à chaque visite clinique	Lors de visites cliniques de routine	Harmonisation avec le calendrier de renouvellement du TARV	Évaluation clinique chaque mois après l'initiation au cours du premier trimestre, puis à chaque visite clinique jusqu'à la fin du traitement préventif de la tuberculose Dépistage des symptômes, soutien à l'observance à chaque rendez-vous avec un pair jusqu'à la fin du traitement préventif de la tuberculose
Où	Communauté	Centre de soins	Actuellement, la plupart des pays exigent que les renouvellements du traitement préventif de la tuberculose se fassent au sein de l'établissement.	Actuellement, la plupart des pays exigent que le suivi se fasse au sein de l'établissement. Le suivi de l'observance et des effets indésirables pourrait avoir lieu pendant les réunions régulières des groupes communautaires TARV.
Qui	Pairs/responsable du groupe communautaire TARV	Clinicien	Personnel de pharmacie Les médicaments pourraient être préemballés par le personnel de pharmacie et récupérés avec les antirétroviraux pour les groupes communautaires TARV.	Le clinicien effectue le premier suivi. Le pair/travailleur non professionnel suit les symptômes de la tuberculose et les effets indésirables du traitement préventif de la tuberculose.

*En plus de l'auto-dépistage continu par les patients

V. Considérations pour les sous-populations spéciales

Femmes enceintes et allaitantes

Les femmes enceintes et allaitantes séropositives au VIH sont fortement exposées à des ris tuberculose, ce qui peut entraîner de graves conséquences à la naissance et pour le nouveau- lignes directrices nationales et locales relatives à l'utilisation du traitement préventif de la tube pendant la grossesse et l'allaitement doivent être suivies et, dans la mesure du possible, le tra préventif de la tuberculose doit être administré selon le calendrier de consultations TARV maternelle et infantile (SMI), notamment les consultations de suivi du nouveau-né pen période post-partum. La plupart des pays exigent que les femmes enceintes effectu consultations prénatales mensuelles de routine pendant la grossesse. En outre, la transitio l'accouchement et la période post-partum est une période à haut risque pour le suivi considérations relatives à la prescription sur plusieurs mois pendant cette période, pour le mais aussi le traitement préventif de la tuberculose si cela est recommandé, sont essentiell mise sous traitement préventif de la tuberculose pendant la grossesse est justifiée, il c d'aligner l'initiation du traitement préventif et le suivi pendant la grossesse sur le calend visites déjà programmées. Dans la plupart des cas, un modèle de soins à offre unique de intégrant le TARV au centre de santé maternelle et infantile a été adopté. Afin de gar continuité des soins, il sera important d'intégrer le traitement préventif de la tuberculose à pour éviter aux femmes de faire la queue à la pharmacie pour les renouvellements du traite faudra également revoir les outils de rapport nationaux afin de garantir la bonne documenta traitement préventif de la tuberculose dans les registres de santé maternelle et infantile, des t des patients séropositifs, ou prévoir un registre distinct pour la tuberculose au sein du centre Alors que les femmes entrent dans la période de post-partum/d'allaitement avec des consu de suivi maternel moins fréquentes, il sera essentiel de coordonner les visites de suivi du tra préventif de la tuberculose avec les consultations postnatales déjà programmées ou les vi routine de l'enfant.

Adolescents (10 à 19 ans)

L'adolescence est une période de changement particulière sur le plan du développement et so peut poser de multiples difficultés à l'observance pour les adolescents vivant avec le VI difficultés comprennent plusieurs problèmes tels que la divulgation, la maladie chroniqu comorbidités, la stigmatisation des agents de santé et la fatigue liée au traitement. Des adaptés aux jeunes comprenant un soutien par les pairs, des clubs pour les adolescents, des j cliniques pour les adolescents et des services fournis par des agents de santé formés à la pr de services adaptés aux adolescents devraient être mis en place dès lors que l'on envi traitement préventif de la tuberculose pour cette population vulnérable. Les considérations adolescents d'âge scolaire doivent également tenir compte des calendriers et des straté renouvellement afin de leur garantir un approvisionnement continu des médicaments lorsqu'ils ne peuvent pas se rendre dans les établissements de santé pendant les heures d'ouve

Enfants (<10 ans)

Les enfants font partie des personnes les plus vulnérables à l'infection par la tuberculose, mais la couverture pour le traitement préventif de la tuberculose au sein de cette population est faible. Cela s'explique, entre autres, par l'absence de formules médicamenteuses pédiatriques, le fardeau posologique, les fausses hypothèses quant à l'efficacité du vaccin BCG et la faible sensibilité aux tests cutanés à la tuberculine chez les enfants immunodéprimés. Les agents de santé rencontrent des difficultés à éradiquer la tuberculose étant donné que les critères des symptômes sont moins sensibles et spécifiques chez les personnes les plus susceptibles d'être infectées par la maladie. Les stratégies visant à améliorer la couverture pour le traitement préventif de la tuberculose chez les enfants consistent à utiliser un modèle familial afin de traiter ensemble les membres d'une même famille, à sensibiliser à la fois les soignants et les agents de santé à l'importance du traitement préventif de la tuberculose chez les enfants et à s'assurer de la disponibilité de formes pharmaceutiques appropriées pour le traitement préventif de la tuberculose.

VI. Considérations pour la mise en œuvre

L'intégration effective des services de TARV différenciés et de traitement préventif de la tuberculose nécessite des changements à plusieurs niveaux du système de santé. Cette section expose brièvement les considérations à l'échelle des pays, des établissements de santé et des communautés. Elle examine également les politiques, les ressources humaines, les produits, l'assurance qualité et les systèmes d'information.

À l'échelle des pays

- À l'instar des autres services TB/VIH, l'intégration du traitement préventif de la tuberculose dans les modèles de TARV différenciés bénéficiera de l'établissement d'un groupe de travail technique composé de membres des services de lutte contre le VIH et la tuberculose, de partenaires de mise en œuvre, d'agents de santé, de bénéficiaires de soins et des communautés.
- Parmi les politiques d'accompagnement figureront celles qui autorisent la prescription du traitement préventif de la tuberculose sur plusieurs mois et la délégation des tâches, afin de permettre aux personnes qui ne sont pas médecins de détecter les symptômes de la tuberculose et les effets indésirables du traitement préventif.
- Concernant la prescription et la distribution du traitement préventif de la tuberculose pour plusieurs mois, il sera nécessaire de soutenir l'approvisionnement et la chaîne logistique.
- Des lignes directrices, des procédures standardisés et des supports de formation faciliteront l'intégration du traitement préventif de la tuberculose dans les modèles de TARV différenciés.
- Les systèmes de suivi, d'évaluation et de pharmacovigilance devront être mis à jour afin d'intégrer le changement d'approche.

À l'échelle des établissements de santé

- L'engagement des dirigeants des établissements de santé et des structures de surveillance communautaires (le cas échéant) sera important pour garantir une communication claire sur l'intégration du traitement préventif de la tuberculose dans les modèles de TARV différenciés.
- De nouvelles procédures standardisés seront nécessaires pour les médecins, les conseillers, le personnel de pharmacie et le personnel chargé de la saisie des données.
- Des supports de formation et des outils de travail adaptés, ainsi qu'une formation de mise à jour sur le traitement préventif de la tuberculose, pourront être nécessaires pour les agents de santé et les travailleurs non professionnels qui soutiennent les modèles de TARV différenciés moins intensifs.
- Il sera important de communiquer de meilleurs conseils et informations aux patients au sein des modèles de TARV différenciés moins intensifs ; des supports de formation (tableaux, affiches, prospectus, vidéos) pourront également être nécessaires.
- Les systèmes de suivi et d'évaluation devront certainement être mis à jour, afin de garantir non seulement la documentation des données relatives à l'intensification des dépistages, à la mise sous traitement préventif de la tuberculose, au dépistage de ses effets indésirables, aux renouvellements du traitement préventif, à l'observance et à la fin du traitement au sein de l'établissement de santé et dans la communauté, mais aussi la rapidité et l'efficacité du flux de données.

À l'échelle des communautés

- Les bénéficiaires de soins et les membres de la communauté doivent pouvoir participer activement à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la prestation de services différenciés, y compris l'intégration du traitement préventif de la tuberculose dans les modèles de TARV différenciés moins intensifs.
- Des campagnes d'information et de sensibilisation peuvent permettre à la communauté de mieux connaître les nouvelles lignes directrices et de stimuler la demande en faveur du traitement préventif au sein des modèles de TARV différenciés.
- Il est nécessaire d'établir des protocoles clairs pour la communication et les références entre, d'une part, le personnel au sein de la communauté (les médecins des équipes de proximité, les agents de santé communautaires, les pairs éducateurs et les travailleurs non professionnels tels que les responsables des groupes communautaires TARV) et, d'autre part, le personnel des établissements de santé.
- Des outils nouveaux ou adaptés seront nécessaires afin de documenter le dépistage de la tuberculose et l'initiation du traitement préventif de la tuberculose, la récupération des médicaments, l'observance, la fin du traitement et les références. Il sera nécessaire de suivre attentivement les questions liées au flux de données entre la communauté et l'établissement de santé, à la confidentialité et à la sécurité des données.

VII. Suivi et évaluation

Comme expliqué ci-dessus, les modèles de TARV différenciés diversifient le qui, le quoi, le quand et le où des services TB/VIH. Les services différenciés peuvent poser des difficultés pour les systèmes de suivi et d'évaluation existants. Ainsi, les outils correspondants devront sans doute être adaptés (notamment pour la collecte de données, le suivi et les rapports) et des stratégies mises en place afin de garantir le caractère exact, exhaustif et ponctuel des données pour le suivi, les rapports et les améliorations liés aux programmes. Les considérations spécifiques aux modèles de TARV différenciés en général sont abordées dans la section Approche de l'ICAP à l'égard de la prestation de services différenciés. Cette section traite des adaptations relatives à l'intégration des services TB/VIH dans les systèmes de suivi et d'évaluation des modèles de TARV différenciés, en vue de faire en sorte que les éléments clés du programme de traitement préventif de la tuberculose indiqués pour les modèles « conventionnels » soient également intégrés dans chaque modèle de TARV différencié.

Les adaptations des systèmes de suivi et d'évaluation existants pourront inclure :

1. **La mise à jour des outils des systèmes d'information sur la santé existante**, comme le dossier de TARV des patients, afin de saisir les éléments clés du programme de traitement préventif de la tuberculose pour chaque modèle de TARV différencié ;
2. **La mise en œuvre de nouveaux outils** pour enregistrer les services fournis aux personnes recevant des services TB/VIH au sein de la communauté ;
3. **L'établissement d'un circuit de données efficace** entre les outils de documentation au sein de la communauté et le dossier médical du patient ;
4. **L'instauration et la définition d'indicateurs** faisant l'objet de rapports réguliers, qui décrivent précisément l'utilisation et les résultats des différents services au sein de la communauté et de l'établissement de santé ;
5. **Le développement et la mise en œuvre d'outils et de systèmes** afin de générer des synthèses de données pour les modèles de TARV différenciés, notamment des données pour calculer de nouveaux indicateurs et permettre l'évaluation des programmes.

Afin d'optimiser la mise en œuvre et de garantir la durabilité, des outils et des systèmes de suivi et d'évaluation doivent être développés puis mis en place en collaboration avec le ministère de la Santé et les autres parties prenantes. Dans la mesure du possible, ils doivent intégrer les références existantes au niveau mondial et les enseignements tirés d'autres contextes. Les éléments du système de suivi et d'évaluation spécifiques à la tuberculose et au VIH qui devront faire l'objet d'une éventuelle adaptation sont présentés ci-dessous. Des considérations supplémentaires en matière de suivi et d'évaluation sont également exposées à l'attention des personnes qui mettront en œuvre des modèles de TARV différenciés.

Considérations en matière de suivi et d'évaluation pour les services TB/VIH dans les modèles de TARV différenciés

En général, les informations concernant le recherche active de la tuberculose, l'évaluation, le diagnostic de tuberculose et l'initiation du traitement contre la tuberculose sont consignées dans les dossiers de TARV existants ou d'autres outils de suivi et d'évaluation nationaux. Cependant, la collecte des données doit être harmonisée, en particulier si les services tels que l'évaluation de l'observance et le dépistage des symptômes sont fournis sur différents sites au sein de l'établissement de santé ou de la communauté. Par ailleurs, les systèmes de suivi et d'évaluation existants peuvent ne pas enregistrer la totalité des services liés au traitement préventif de la tuberculose. Les outils actuellement utilisés pour les modèles de TARV différenciés au sein de la communauté devront sans doute être modernisés afin d'enregistrer le dépistage de la tuberculose et le traitement préventif de la maladie. Dans certains cas, de nouveaux outils de suivi et d'évaluation devront être développés. Ces outils devront être adaptés afin de refléter les besoins en matière de documentation pour les modèles de TARV différenciés individuels (les clubs d'observance au sein de l'établissement de santé, les points de distribution communautaires du TARV).

Dépistage de la tuberculose

Les lignes directrices nationales et mondiales recommandent de faire la recherche active des symptômes de la tuberculose chez tous les patients séropositifs au VIH lors de chaque rendez-vous avec un agent de santé. Les outils et les registres des établissements de santé incluent généralement des champs relatifs au dépistage de la tuberculose, ce qui est moins évident dans les outils utilisés par la communauté. Un champ relatif au dépistage de la tuberculose devrait être ajouté aux outils papier ou électroniques des modèles de TARV différenciés au sein de la communauté, comme le formulaire de suivi des groupes de TARV au sein de la communauté, afin de garantir la documentation du dépistage de la tuberculose à chaque rendez-vous. Par exemple, le registre du groupe communautaire de renouvellement du TARV au Zimbabwe prévoit une colonne afin de documenter la recherche active de la tuberculose pour chaque patient à chaque réunion du groupe communautaire de renouvellement du TARV. Des applications mobiles ont également été développées afin d'enregistrer les activités de dépistage de la tuberculose.

Éligibilité au traitement préventif de la tuberculose

Des lignes directrices précisent les critères d'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose, tels que l'absence de tuberculose présumée et de contre-indications au traitement préventif de la tuberculose comme une maladie du foie. Ces variables doivent donc être évaluées et documentées à intervalle régulier. Par ailleurs, la classification de l'éligibilité (« éligible », « non éligible », « traitement préventif de la tuberculose achevé ») doit être enregistrée à chaque fois. Les dossiers conservés par l'établissement de santé, notamment le dossier TARV des patients, devront certainement être adaptés afin de documenter le statut d'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose à intervalle régulier (tous les six ou 12 mois). Pour certains modèles de TARV, les dossiers au sein de la communauté devront également consigner les mêmes données.

Documentation des services de traitement préventif de la tuberculose reçus

En plus de documenter l'éligibilité au traitement préventif de la tuberculose, les outils de suivi et d'évaluation devront aussi enregistrer à chaque visite si les patients ont reçu le traitement préventif à la tuberculose, s'il existe des signes ou des symptômes d'effets indésirables, les résultats de

l'évaluation de l'observance et le lieu où les patients ont reçu le traitement préventif. Au vu de l'absence de données exhaustives sur le traitement préventif de la tuberculose dans le cadre de nombreux programmes, il pourra être nécessaire de mettre en place un registre du traitement préventif de la tuberculose et un formulaire de suivi de ce traitement pour le dossier médical des patients afin de consigner les services. Le traitement préventif de la tuberculose pouvant être administré à l'extérieur de l'établissement de santé, il convient de mettre à jour les dossiers des patients afin d'indiquer les dates auxquelles ils ont récupéré le traitement préventif de la tuberculose, les produits fournis, les effets indésirables et l'évaluation de l'observance qui n'a pas coïncidé avec les visites cliniques liées au VIH.

Systèmes de référence

Les établissements de santé disposent souvent de systèmes de référencée référence afin d'assurer une référence interne vers un autre point de service. Par exemple, les patients soupçonnés d'être atteints de tuberculose sont référés pour une évaluation des symptômes. Cependant, au sein des communautés, il se peut qu'aucun système n'ait été établi pour documenter une référence vers un établissement de santé en vue de fournir des services tels que l'évaluation des symptômes de la tuberculose ou l'évaluation clinique en cas d'effets indésirables liés au traitement préventif de la tuberculose. Les programmes doivent veiller à la mise en place de systèmes destinés à documenter la référence des patients vers les établissements pour les services nécessaires, ainsi que les résultats de ces références.

Adaptation des outils et des systèmes pharmaceutiques

Au sein des établissements qui soutiennent les modèles de TARV différenciés, les outils et systèmes d'archivage des pharmacies devront sans doute être adaptés. Par exemple, les pharmacies peuvent établir des systèmes visant à faciliter la planification des récupérations prévues pour le TARV et le traitement préventif de la tuberculose (afin, *par ex.*, de permettre le préemballage des médicaments).

Flux de données entre les nouveaux outils et les dossiers au sein de l'établissement

Pour les modèles de prestation de services différenciés dans lesquels des services TB/VIH sont fournis à la fois au sein de l'établissement de santé et au sein de la communauté, les données seront certainement collectées aux deux endroits, à l'aide de plusieurs outils. Afin de permettre une gestion clinique efficace, le suivi et l'évaluation/des rapports et des efforts d'amélioration continue, un ensemble défini d'éléments clés issus des registres ou formulaires spécifiques à la prestation de services différenciés doit être retranscrit dans le dossier de TARV du patient. Par conséquent, il sera indispensable de s'assurer que les informations collectées sont régulièrement envoyées ou transmises au centre VIH en temps voulu et de manière sécurisée et standardisée. Il faudra également veiller à la mise à jour rapide des dossiers des patients ou des bases de données, comme il convient.

Les données des patients extraites des modèles de prestation de services différenciés peuvent être communiquées aux établissements à l'aide de plusieurs méthodes, en fonction de la technologie disponible sur chaque site de traitement. L'Approche de l'ICAP à l'égard de la prestation de services différenciés décrit les stratégies relatives à des dossiers papier, une technologie mobile électronique et des outils adaptés au sein de l'établissement de santé.

Indicateurs de performance visant à suivre les services TB/VIH dans les modèles de TARV différenciés moins intensifs

Idéalement, les programmes pourront évaluer le programme d'intensification des dépistages/de traitement préventif de la tuberculose illustré dans le Tableau 5 chez les patients de chaque modèle de TARV différencié moins intensif. Ces indicateurs peuvent être répartis en sous-catégories pertinentes, telles que la classe d'âge, le genre et le modèle de prestation de services. Dans la pratique, les pays ne disposant pas de dossiers médicaux électroniques auront beaucoup de mal à procéder à cette évaluation dans le cadre de la collecte de données habituelle. Si cette approche n'est pas réalisable, les indicateurs clés pourraient être évalués de façon *ponctuelle*, ou à petite échelle dans le cadre de projets d'amélioration de la qualité. Dans le cas contraire, le programme global pourrait être évalué sur site, au niveau du programme ou à l'échelle régionale, et comparé à la couverture des modèles de TARV différenciés moins intensifs.

Des stratégies et des indicateurs d'évaluation doivent être créés avec les parties prenantes dans les pays, refléter les modèles de TARV différenciés utilisés sur le plan national et répondre aux priorités nationales. Des orientations détaillées sur le calcul des indicateurs, notamment les numérateurs et les dénominateurs, doivent être élaborées afin d'être utilisées lors de la formation et de la mise en œuvre.

Tableau 5 : indicateurs de suivi des services TB/VIH dans les modèles de TARV différenciés moins intensifs

Proportion de patients dans les modèles de TARV différenciés moins intensifs qui :
• ont fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose lors de la dernière consultation au sein de la communauté ou de l'établissement de santé parmi tous les patients présents ;
• ont été identifiés comme étant susceptibles d'être atteints de tuberculose parmi les personnes dépistées ;
• ont fait l'objet d'une évaluation parmi les cas présumés de tuberculose ;
• ont été diagnostiqués comme étant atteints de tuberculose parmi les personnes évaluées ;
• ont commencé un traitement contre la tuberculose parmi les personnes diagnostiquées comme ayant la tuberculose ;
• ont commencé un programme de traitement préventif de la tuberculose parmi les cas présumés de tuberculose ayant obtenu un résultat de dépistage négatif + ceux diagnostiqués comme ayant la tuberculose après l'évaluation ;
• ont achevé un programme de traitement préventif de la tuberculose parmi ceux ayant commencé un tel traitement préventif.
Proportion d'établissements de soins de santé offrant des services aux patients qui ont mis en œuvre des pratiques de contrôle de l'infection de tuberculose
Proportion d'agents de santé dans les modèles de TARV différenciés au sein de la communauté ayant reçu une formation sur les pratiques de contrôle de l'infection de tuberculose

Remerciements

Responsables techniques ICAP

Miriam	Rabkin	Kieran	Hartsough
Cassia	Wells	Andrea	Howard

Membres de la communauté de pratique axée sur la tuberculose et le VIH du réseau CQUIN

Franck	Boraud	ICAP	Cote d'Ivoire
Teeb	Al-Samarrai	Office of the Global AIDS Coordinator	USA
Mesfin	Bekele	Ministry of Health	Ethiopia
Laura	Block	ICAP	USA
Andrew	Boyd	U.S. Centers for Disease Control and Prevention	USA
Zameer	Brey	Bill & Melinda Gates Foundation	South Africa
Helen	Bygrave	International AIDS Society	South Africa
Sean	Cavanaugh	Office of the Global AIDS Coordinator	USA
Edson	Chidovi	I-TECH	Zimbabwe
Sonia	Chilundo	U.S. Centers for Disease Control and Prevention	Mozambique
Fred	Chungu	Network of Zambia People Living with HIV	Zambia
Peter	Ehrenkranz	Bill & Melinda Gates Foundation	USA
Eudóxia	Filipe	Ministry of Health	Mozambique
Irénio	Gaspar	Ministry of Health	Mozambique
Katy	Godfrey	Office of the Global AIDS Coordinator	USA
Getachew	Gonfa	Network of Networks of HIV Positives in Ethiopia	Ethiopia
Lucia	Gonzalez Fernandez	International AIDS Society	Switzerland
Anna	Grimsrud	International AIDS Society	South Africa
Clorata	Gwanzura	Ministry of Health	Zimbabwe
Isaya	Jelly	Ministry of Health	Tanzania
Nyakulira	Kandiwo	Ministry of Health	Zambia
Muthoni	Karanja	Ministry of Health	Kenya
Miftah	Kemal	ICAP	Ethiopia
Morton	Khunga	Ministry of Health	Zambia
Josen	Kiggundu	Ministry of Health	Uganda
Maureen	Luba	Compass	Malawi
Gugulethu	Madonslea	Ministry of Health	Eswatini
Macdonald	Mahati	ICAP	Tanzania
Martin	Mapfurira	Ministry of Health	Zimbabwe
Lindiwe	Mdluli	Ministry of Health	Eswatini
Petros	Mitiku	Ministry of Health	Ethiopia
Brittany	Moore	U.S. Centers for Disease Control and Prevention	USA
Thandie	Msukuma	Paradisco	Malawi

Muhau	Mubiana	Center for Infectious Disease Research in Zambia	Zambia
Auxillia	Muchedzi	FHI360	Zimbabwe
Stephen	Muleshe	Ministry of Health	Kenya
Tonderai	Mwareka	Zimbabwe National Network of People Living with HIV	Zimbabwe
Proscovia	Namuwenge	Ministry of Health	Uganda
Paul	Nyasulu	Ministry of Health	Malawi
Michael	Odo	Ministry of Health	Liberia
Ishani	Pathmanathan	U.S. Centers for Disease Control and Prevention	Atlanta
Peter	Preko	ICAP	Eswatini
Minesh	Shah	U.S. Centers for Disease Control and Prevention	USA
Vindi	Singh	World Health Organization	Switzerland
Mireille	Tchoutedjem-Agré	Ministry of Health	Cote d'Ivoire
Edna	Tembo	The Coalition of Women Living with HIV/AIDS	Malawi
Julia	Toomey-Garbo	Ministry of Health	Liberia
Cuc	Tran	U.S. Centers for Disease Control and Prevention	USA

ICAP - Unité de formation et clinique de New York

Ruby	Fayorsey	Eduarda	Pimentel de Gusmao
Julie	Franks	Nandita	Sugandhi
Ellen	Morrison	Fatima	Tsiouris

References

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. TB Preventive Therapy (TPT) Implementation Guide and Toolkit. January 2019. Available at: https://www.pepfarsolutions.org/tools-2/2018/9/25/tpt-implementation-tools