

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
Secrétariat Général



PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LES IST

**PNLS**

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

**PNLT**

**MANUEL D'OPERATIONNALISATION DES MODELES DIFFERENCIES  
ET DU GUICHET UNIQUE VIH/TB**

Décembre 2018

## Table des matières

<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	4
<b>AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS</b> .....	6
<b>INTRODUCTION</b> .....	8
<b>Section I. GENERALITES ET CONTEXTE</b> .....	9
<b>Section II. DEVELOPPEMENT DE MODELES DIFFERENCIES</b> .....	11
<b>DES SERVICES VIH ET TUBERCULOSE</b> .....	11
II.1. NOTIONS GENERALES .....	11
II.1.1. DEFINITION .....	11
II.1.2. COMMENT ORGANISER UN MODELE DE PRESTATION DIFFERENCIEE .....	11
II.1.3. COMMENT OPERATIONNALISER LES MODELES DIFFERENCIES .....	11
II.2. OFFRE DES MODELES DIFFERENCIES DE SERVICES .....	14
CHAP. 1 : PREVENTION ET DEPISTAGE DIFFERENCIES DU VIH/SIDA ET DE LA TUBERCULOSE .	14
1.1. LA PREVENTION COMBINEE DU VIH .....	14
1.2. PREVENTION DIVERSIFIEE DE LA TUBERCULOSE .....	17
1.3. LE DEPISTAGE DIFFERENCIE DU VIH ET DE LA TUBERCULOSE .....	18
CHAP. 2 : PRISE EN CHARGE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE DIFFERENCIEE .....	23
2.1 INTRODUCTION .....	23
2.2 OBJECTIF .....	23
2.3 OPERATIONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE .....	23
2.4 LA PRATIQUE DES SOINS DIFFERENCIES DANS LES FOSA .....	25
2.5 LA PRATIQUE DES SOINS DIFFERENCIES HORS FOSA .....	32
CHAP. 3: DELIVRANCE DIFFERENCIEE DES MEDICAMENTS .....	33
3.1 INTRODUCTION .....	33
3.2 OBJECTIF .....	33
3.3 METHODES DIFFERENCIES DE DELIVRANCE DES MEDICAMENTS .....	33
3.4 APPROVISIONNEMENTS DES INTRANTS DANS UN CONTEXTE DES MODELES DES SERVICES DIFFERENCIES .....	39
<b>Section III. DEVELOPPEMENT DU GUICHET UNIQUE TB/VIH</b> .....	43
<b>OU ONE STOP SHOP FOR TB/HIV SERVICES</b> .....	43
III.1. INTRODUCTION .....	43

III.2. STRATEGIES ET MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE .....	44
III.2.1. Renforcer la collaboration entre les acteurs de prise en charge de la TB et du VIH : Modèle collaboratif : .....	44
III.2.2. Intégrer les activités de la PEC de la TB et du VIH afin de traiter le patient TB/VIH : Modèle Intégrateur : .....	45
III.3. DESCRIPTION DE CES DEUX MODELES DE G.U. ET LEUR FONCTIONNEMENT .....	46
III.3.1. LES MODELES COLLABORATIFS .....	46
III.3.1.1. PORTE TB : .....	46
III.3.1.2. PORTE VIH : ASSURER LE DEPISTAGE PRECOCE DE LA TB CHEZ LES PVVIH.....	48
DANS LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DU VIH .....	48
III.3.2. LE MODELE INTEGRATEUR OU SERVICES INTEGRES VIH/TB .....	51
III.3.2.1. Introduction.....	51
III.3.2.2. Paquet d'activités .....	52
III.3.2.3. Circuit du Patient.....	52
III.3.2.4. Avantages et inconvénients des services intégrés et non intégrés en matière de TB/VIH .....	53
III.3.3. CONTINUITÉ DES SOINS DANS LE MODELE GUICHET UNIQUE .....	54
III.3.3.1. Modèle intégrateur : .....	54
III.3.3.2. Modèle collaboratif : .....	54
III.4. CONSIDERATIONS A PRENDRE EN COMPTE DANS LE GUICHET UNIQUE.....	57
<b>ANNEXES</b> .....	58
ANNEXE A1. CO-INFECTION TB/VIH: politique de lutte concertée (OMS 2018) .....	58
ANNEXE A2. Fiches sur les critères de sélection des Fosa pour en faire des G.U.....	59
ANNEXE A3. Procédures de priorisation des Fosa et des ZS dans la cadre du plan d'opérationnalisation des SD et GU au niveau provincial.....	63
ANNEXE A4. Fiche d'évaluation initiale des G.U. sélectionnés .....	70
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	75

## **SIGLES ET ACRONYMES**

<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage du VIH/Sida
<b>CSDT</b>	Centre de Santé de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose
<b>CST</b>	Centre de Santé de Traitement de la Tuberculose
<b>CSU</b>	Couverture Sanitaire Universelle
<b>CTX</b>	Cotrimoxazole
<b>CV</b>	Charge Virale
<b>DCIP</b>	Dépistage Conseil Initié par le Prestataire
<b>DCP</b>	Distributeur Communautaire Polyvalent
<b>DPN</b>	Diagnostic Précoce du Nourrisson
<b>DOTS</b>	Directly Observed Treatment, Short Course
<b>EDS</b>	Etude Démographique de Santé
<b>EID</b>	Early Infant Diagnosis
<b>EIM</b>	Effets Indésirables des Médicaments
<b>FM</b>	Fonds Mondial
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>GCT</b>	Groupe Communautaire TARV
<b>HGR</b>	Hôpital Général de Référence
<b>HPV</b>	Human Papilloma Virus
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporelle
<b>IO / AO</b>	Infections Opportunistes / Affections Opportunistes
<b>IRIS</b>	Syndrome Inflammatoire de Reconstitution Immunitaire
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>OAC</b>	Organisation d'Assise Communautaire
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des nations Unies sur le VIH/Sida
<b>PB</b>	Périmètre Brachial
<b>PCR (HIV DNA PCR)</b>	Polymerase Chain Reaction for the Diagnosis of HIV infection in exposed infants
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PEP</b>	Prophylaxie Post Exposition
<b>PND5</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLS</b>	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
<b>PNLT</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH/Sida
<b>PODI</b>	Point de Distribution des ARV
<b>PrEP</b>	Prophylaxie Pré Exposition
<b>PVVIH</b>	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
<b>RDC</b>	République Démocratique du Congo
<b>RECO</b>	Relais communautaire
<b>Sida</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SMNE</b>	Santé de la Mère du Nouveau-né et de l'Enfant
<b>TasP</b>	Traitement comme prévention
<b>TAR / TARV</b>	Traitement Anti Rétroviral
<b>TB / TBC</b>	Tuberculose
<b>TB-MR</b>	Tuberculose Multi-Résistante
<b>TB-PR</b>	Tuberculose Pharmaco-Résistante
<b>TPI</b>	Traitement Prophylactique à l'INH
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>ZS</b>	Zone de Santé

## **PREFACE**

La pandémie du VIH/sida constitue un énorme défi pour la lutte contre la tuberculose dans le monde et particulièrement dans la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre où la tuberculose est aussi l'une des causes de morbidité les plus fréquentes et l'une des principales causes de mortalité chez les PVVIH.

En 2016 dans le monde, selon Global report, environ 40% des décès parmi les PVVIH ont été dus à la tuberculose. On estime qu'il y a eu 10% de nouveaux cas de tuberculose chez des séropositifs pour le VIH, dont 74% vivaient en Afrique.

Pour atteindre l'objectif mondial d'élimination de l'épidémie du sida d'ici 2030, des cibles intermédiaires ont été fixées au niveau de l'ONUSIDA, à savoir les triple « 90 », pour un jalon 2020. Concernant la tuberculose, l'OMS préconise la Stratégie « Mettre fin à la TB » d'ici 2035 avec des cibles intermédiaires à savoir le triple « 90 » pour un jalon 2025.

La RDC est classée parmi les 30 pays avec forte charge de la Tuberculose, la coïnfection VIH/TB et de la TB-MR. En 2017, la séropositivité du VIH chez les patients tuberculeux était estimée à 12% et celle de la TB chez les PVVIH était à 10% (rapports annuels 2017 PNLIS et PNLIT).

L'OMS et l'ONUSIDA recommandent la synergie d'actions entre les deux programmes sur la coïnfection TB-VIH dans le but ultime de maximiser l'impact des ressources disponibles pour leur utilisation efficiente tant au plan local, national, régional que mondial et d'améliorer globalement les résultats de la lutte grâce à une politique sanitaire appropriée au travers le renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires.

Actuellement les 2 programmes de lutte contre le VIH (PNLIS) et la TB (PNLIT) sont très loin d'atteindre ces cibles pour diverses raisons, notamment à cause des ressources financières et humaines qui restent limitées, l'absence des politiques audacieuses et d'innovation au niveau des services de santé (modèles indifférenciés), l'insuffisance d'implication de la communauté dans la lutte, etc.

Pour espérer atteindre ces cibles aux échéances fixées, dans un contexte où les ressources deviennent très limitées, il nous faudrait, non seulement prodiguer des services de prévention et des soins dans le cadre sanitaire universelle, mais aussi et surtout des modèles différenciés, centrés sur le patient tout en prenant en compte les prestataires appelés à assurer les services et soins de qualité, les aspects multisectoriels et selon différents contextes, ainsi qu'une plus grande dynamique communautaire.

Dans la lutte contre la coïnfection VIH/TB, le modèle différencié choisi comme cadre approprié pour rendre disponibles les services de soins aux patients dans le besoin, de manière efficace et efficiente, est le Guichet Unique (One Stop Shop).

Tous les niveaux de la pyramide sanitaire doivent prioriser dans leurs interventions la promotion des modèles différenciés en partant de la prévention, dépistage, prise en charge et traitement, ainsi que le suivi des patients spécifiques tels que les Co-infectés VIH/TB afin d'atteindre les objectifs et cibles aussi bien du VIH (2030) que de la TB (2035).

Le présent Manuel de deux Programmes vient donc à point nommé, avec le mérite de combler les lacunes que les stratégies nationales actuelles n'ont pas incluses, sur la prévention, le dépistage et les soins et traitement.

Le Ministre de la Santé Publique.

Dr Oly ILUNGA

## AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

Conformément à la mise en œuvre de leurs Plans stratégiques sectoriels nationaux 2018-2020, dont l'un de grands objectifs est de contribuer à l'atteinte des cibles mondiales de lutte contre le VIH/Sida telles que définies par l'ODD pour mettre fin à l'épidémie du sida en 2030 et par l'OMS « Mettre fin à la TB » en 2035, les Programmes Nationaux de lutte contre le VIH/Sida & IST (PNLS) et de lutte contre la tuberculose (PNLT) ont décidé d'élaborer un Manuel d'opérationnalisation des modèles différenciés et du Guichet Unique VIH/TB.

Afin de booster largement les performances et les résultats de la lutte contre le VIH, la TB et la coïnfection VIH/TB, ce manuel se veut être très pratique et centre ses priorités sur les aspects et domaines suivants :

- Réponse orientée en fonction des épidémies du VIH et de la Tuberculose ;
- Dépistage ciblé des groupes à haut risque tant pour le VIH que pour la tuberculose ;
- Décentralisation des soins avec une plus grande implication de la communauté ;
- Organisation des modèles différenciés et du Guichet Unique pour lutter efficacement contre la coïnfection VIH/TB ;
- Amélioration du suivi biologique tant pour le VIH que pour la TB (bilans initiaux et de suivi) ;
- Optimisation de suivi des patients : Tier.Net ;
- Production de l'information stratégique de qualité (DHIS2).

Le choix à opérer sur les stratégies de mise en place des modèles différenciés doit être guidé par une analyse de la situation locale des données en répondant aux questions telles que : Quand ? Où ? Qui ? Quoi ?

Des modèles de prestation de services différenciés sont mis en place pour répondre à des défis spécifiques et priorités afin de combler les lacunes dans la réalisation des objectifs 90-90-90.

La mise en place des modèles différenciés est orientée en RDC par la priorisation des provinces, des ZS, des FOSA, des services et des catégories des patients.

Les Programmes Nationaux de lutte contre le VIH/Sida & les IST (PNLS) et de lutte contre la tuberculose (PNLT) expriment leur profonde gratitude à **Expertise France à travers l'Initiative 5%** et au **Fonds Mondial** pour le financement de la mission de consultance, au **panel d'experts VIH et tuberculose**, aux **partenaires et acteurs** de terrain qui ont contribué à l'élaboration et la finalisation du présent Manuel avec toutes ses annexes. Il s'agit de :

- Pour la conception et la finalisation du document :
  - Des Consultants chargés de cette mission : Dr Faustin Kitetele pour le PNLS et Dr Pamphile Lubamba Ngimbi pour le PNLT,
  - Les Points focaux de la lutte contre la coïnfection TB-VIH : Dr Patricia Nyembo et Dr Richard Ingwe Chuy (Modèles différenciés) pour le PNLS ; Dr Jean Judier Diala pour le PNLT ;
  - Autres Experts du PNLS : Dr Placide Welu, Dr Théodore Assani, Dr Roger Ngantsui, Dr Constantin Mingina, Dr Florent Ekili, Dr Elie Twite, Dr François Mpanga, Dr Tharcisse Ipan, Dr Darius Makela, Biol Jean Paul Kashongwe ;
  - Autres Experts du PNLT : Dr Joseph Muhima, Dr Teto Fondacaro, Dr Mamie Shoma, Dr Etienne Bahati, Dr Jean Pierre Malemba, Dr Colette Kinkela, Dr Grace Bolie, Biol Maxime Azangi, Biol Rossin Lebeke.
  - Les partenaires : Dr Henriette Sefu, Dr Pulchérie ..., Bonard, Dr Matthieu ...,
- Pour la revue et les commentaires : Fadiga et Miriam du FM, Dr Etienne MPOY de l'OMS/RDC ;

- Pour la coordination : Dr Michel KASWA, Directeur du PNLT et Dr Luc Ferdinand KAMANGA LUKUSA Directeur du PNLS.

Enfin, nos remerciements s'adressent à tous les experts et partenaires qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à l'élaboration et la validation de ce manuel.

Dr Luc Ferdinand KAMANGA LUKUSA  
Directeur du PNLS/RDC

Dr Michel KASWA K.  
Directeur du PNLT/RDC

## **INTRODUCTION**

Avec la mise en œuvre des modèles différenciés des services et des soins ainsi que du Guichet unique TB/VIH, le PNLIS et le PNLT veulent résolument améliorer les performances et les résultats dans l'atteinte des objectifs « Triple 90 » concernant les 2 endémies, au niveau de l'offre des services de dépistage du VIH et de la TB, du renouvellement des médicaments (ARV, Antituberculeux, CTX et INH), de l'offre de la charge virale, CD4 et des bilans biologiques et para cliniques TB, du suivi individuel des patients en traitement et de la production de l'information stratégique de qualité indispensable à la prise de décision.

Le présent Manuel comporte 3 grandes Sections, à savoir :

1. Le contexte et les généralités ;
2. Le développement des modèles différenciés des services ;
3. Le développement du Guichet uniques des services TB-VIH ou le One Stop Shop for TB/HIV services.

Ce manuel, est essentiellement destiné aux prestataires de services du niveau opérationnel. Cependant, il reste aussi utile aux cadres nationaux et provinciaux et des Zones de Santé dans le cadre de la lutte contre le VIH et la tuberculose. Tous les acteurs sont donc encouragés à s'approprier et à mettre en pratique les différentes stratégies qui y sont développées.



## Section I. GENERALITES ET CONTEXTE

D'après l'ONUSIDA et l'OMS, malgré des progrès toujours plus importants, certains services de santé vitaux ne sont pas encore accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin. Les données collectées à l'échelle mondiale ou régionale permettent de dresser un tableau général de l'épidémie du VIH, mais elles masquent la diversité des épidémies et des populations touchées aux niveaux national, provincial et périphérique.

Cela vaut également pour la tuberculose, car la Stratégie mondiale « Mettre fin à la Tuberculose » appelle les acteurs de la lutte contre la maladie à trouver de nouveaux moyens pour atteindre les populations les plus vulnérables et les plus marginalisées.

Les anciens modèles de soins, en milieu hospitalier, ont abouti à des prises en charge indifférenciées ne correspondant pas aux besoins particuliers des individus, et n'ont souvent pas pris ces facteurs suffisamment en compte. Cependant, certains sites ont mis au point des méthodes prometteuses visant à optimiser la prestation des services et à adapter la prise en charge aux besoins et aux contraintes des patients.

Cette adaptation a contribué à améliorer la santé des patients ainsi que la couverture et la qualité des services, tout en optimisant l'utilisation des ressources.

Sur le plan mondial, le chemin pour mettre fin à l'épidémie du sida en 2030, a été défini par l'atteinte d'ici 2020 des objectifs suivants : les trois « 90 » (90% des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique, 90% des PVVIH sous ARV, 90% des PVVIH sous ARV qui ont leur charge virale supprimée/indétectable) ; la réduction de la transmission de la mère à l'enfant ; la réduction de la mortalité d'au moins 80% ; la réduction de nouvelles infections d'au moins 75%.

La RDC est confrontée à une épidémie du VIH de type généralisé avec une prévalence moyenne de 1,2% dans la population générale de 15 à 49 ans (EDS 2013-2014) et 2,77% chez les femmes enceintes de 15-49 ans (Rapport de la surveillance épidémiologique 2017).

Par rapport aux objectifs mondiaux, le pays a encore du chemin à parcourir quand on voit les derniers résultats de 2017 : 46% des PVVIH qui connaissent leur statut sérologique, 41% des PVVIH sous ARV et seulement 8% qui ont eu la charge virale indétectable.

Quant à la TB, la RD Congo figure parmi les **30 pays** les plus atteints de la tuberculose dans le monde, et selon le Rapport mondial de la tuberculose 2016, elle occupe le **9<sup>ème</sup> rang mondial** et le **2<sup>ème</sup> rang en Afrique**, pour la TB sensible, le **8<sup>ème</sup> rang en Afrique** pour la coinfection TB-VIH, et la **14<sup>ème</sup> place mondiale** pour la TB-PR. [Global Report 2016]. Pour la TB, l'OMS estime une incidence de 324 cas pour 100.000 habitants (Global Report TB 2016). En 2017, le PNLT/RD Congo a notifié un total de 151.832 cas de tuberculose toutes formes ; le succès thérapeutique pour la cohorte des patients TB notifiés en 2016 était de 89%, tandis que la détection de la TB-PR n'a été que de 12% environ (Rapport annuel PNLT 2017).

Il a été constaté, au cours de cette décennie **un gap d'environ 50% des cas de TB qui n'ont pas été dépistés**.

Parmi les cibles fixées dans la stratégie pour mettre fin à la tuberculose figurent notamment une réduction de 90 % du nombre de décès imputables à cette maladie et une réduction de 80 % de l'incidence de la

tuberculose (nouveaux cas et rechutes par an), d'ici à 2030, par rapport à 2015. Pour les atteindre, il faudra prodiguer des services de soins et de prévention dans le cadre plus général de la couverture sanitaire universelle, engager une action multisectorielle face aux déterminants socioéconomiques de la tuberculose et à ses conséquences, et réaliser d'ici à 2025 des avancées technologiques permettant de faire reculer les taux d'incidence plus rapidement que par le passé.

Les données consolidées par les deux programmes (PNLS et PNLT) de l'année 2017 indiquent qu'il y a encore des lacunes par rapport aux indicateurs de performances par les portes d'entrée VIH et TB. En effet, il découle de ces données qu'environ 40% des personnes atteintes de la tuberculose ne sont pas testés au VIH et que 21% des cas Co-infectés n'ont pas accès aux antirétroviraux. De même, la recherche active de la tuberculose a été faite seulement chez 33% des malades si on considère la cohorte totale, et que 71 % seulement des PVVIH chez qui la tuberculose a été exclue ont reçu un traitement préventif à l'isoniazide.

Afin de répondre à ces faiblesses, le PNLT et PNLS ont décidé de mettre en œuvre deux stratégies, à savoir le « **guichet unique** » et la « **stratégie des modèles différenciés** ».

Il est important de garder à l'esprit que **ces approches ne nécessitent ni changement d'orientation, ni ressources supplémentaires importantes**, dans la mesure où elles ne sont que des adaptations de ce qui est déjà mis en œuvre au niveau d'un site.

Si ces méthodes sont mises en œuvre à grande échelle, leur impact potentiel est considérable. Pour l'instant, leur application est limitée, mais le passage d'une approche fondée sur la couverture à une démarche axée sur l'optimisation des ressources devrait permettre aux pays et aux établissements concernés **d'atteindre de meilleurs résultats et, en fin de compte, de toucher une population plus importante avec des ressources identiques.**

Les méthodes utilisées sont regroupées dans quatre catégories interdépendantes :

- **Prévention et dépistage différencié**
- **Prise en charge différenciée et Guichet Unique** dans le cadre des prestations de services ;
- **Amélioration de la gestion** de l'établissement des soins (FOSA) ;
- **Meilleur usage des données du site** afin de déceler des améliorations possibles.

Le présent manuel s'intéresse principalement à la **prévention et dépistage différencié**, à la **prise en charge différenciée** et au **Guichet Unique des services VIH/TB**, même si une meilleure gestion de l'établissement des soins et une utilisation efficace des données sont souvent nécessaires à la réussite des différentes options examinées.

Au sens large, la notion de **modèles différenciés** englobe tous les services destinés à **recenser, tester, traiter et aider les personnes touchées par le VIH et/ou la tuberculose.**

On parle aussi parfois de **prise en charge à plusieurs niveaux**, de **prise en charge centrée sur le patient** ou de **prise en charge adaptée au patient.**

## **Section II. DEVELOPPEMENT DE MODELES DIFFERENCIES DES SERVICES VIH ET TUBERCULOSE**

### **II.1. NOTIONS GENERALES**

#### **II.1.1. DEFINITION**

La prise en charge différenciée est une approche axée sur le patient qui vise à simplifier et à adapter la cascade des services liés au VIH et à la TB en vue de tenir compte des préférences et des attentes des différents groupes de population, tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé. La prise en charge différenciée permet au système de santé de recentrer les ressources sur ceux qui en ont le plus besoin.

#### **II.1.2. COMMENT ORGANISER UN MODELE DE PRESTATION DIFFERENCIEE**

La prestation différenciée est un des éléments de la solution pour maintenir la qualité de la prise en charge des clients et réduire la charge qui pèse sur les agents de santé.

Les adaptations des prestations de services doivent reposer sur une évaluation graduelle du contexte local et répondre aux besoins de la population tout en fournissant des services de manière plus efficace à la fois pour le système de santé et pour les clients/patients.

Le Cadre décisionnel utilise un plan d'évaluation en 5 orientations stratégiques : qui incorporent les composantes de base et les éléments de prise en charge différenciée en vue d'aider les gestionnaires de programmes à déterminer les changements à apporter à leurs services de prestation.

Ces changements doivent porter sur :

- *La fréquence et les lieux dans lesquels les services sont fournis ;*
- *Les personnes qui fournissent le service ;*
- *L'adaptation continue des services en fonction des besoins médicaux changeant du client, des sous-populations et des facteurs contextuels.*

L'application systématique de ces étapes permettra d'adopter une approche de la prestation axée sur les clients/patients.

#### **II.1.3. COMMENT OPERATIONNALISER LES MODELES DIFFERENCIES**

Pour opérationnaliser les modèles différenciés d'offre des services de lutte contre le VIH/Sida et la TB, l'OMS a proposé 5 orientations stratégiques dans la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021 tel que décrit ci-dessous :



Figure 1 : Orientations stratégiques pour le cadre décisionnel

Les orientations stratégiques 2, 3 et 4 prises comme dimensions de la couverture sanitaire universelle (CSU) fournissent un cadre général pour atteindre le contrôle de l'épidémie.

Cependant, la chaîne (ou cascade) des services de lutte contre le VIH offre un cadre structurant pour son exécution.

Ces orientations restent aussi valables pour la lutte contre la tuberculose.

La figure 2 ci-dessous visualise la Chaîne des services liés au VIH et la cascade de la prise en charge

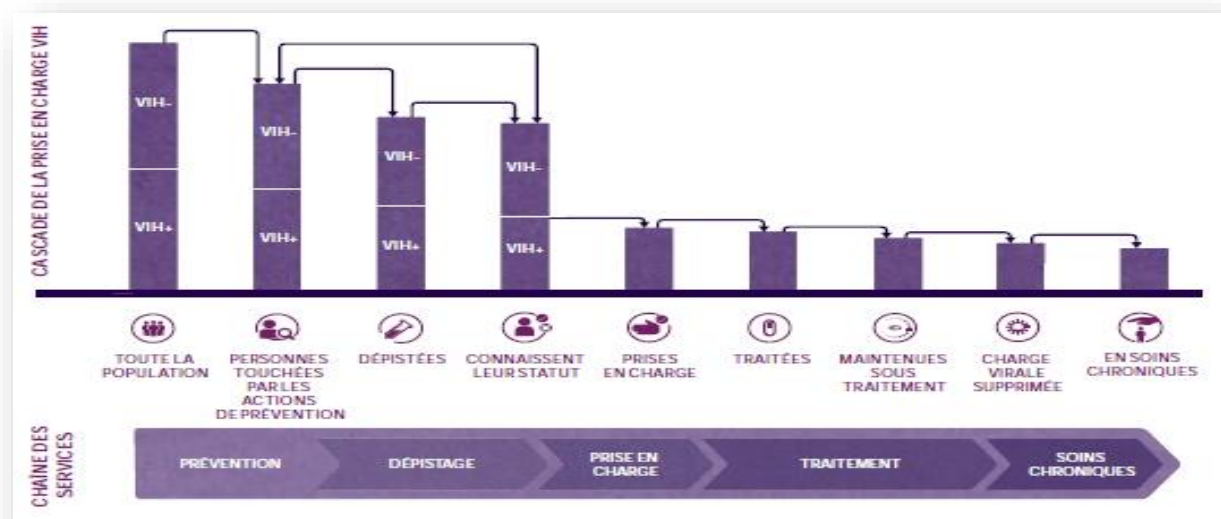


Figure 2 : Chaîne des services liés au VIH et la cascade de la prise en charge

La Cascade du continuum des soins VIH a 7 étapes :

- La prévention
- Le dépistage
- La prise en charge

- L'initiation du traitement
- La rétention
- La suppression virale.
- Les soins chroniques

Pour la tuberculose la cascade du continuum comprend les 5 étapes suivantes :

- La prévention
- Le dépistage/diagnostic
- L'initiation au traitement
- Le suivi des patients
- L'issue de traitement
- Les soins chroniques

En fin de compte, les modèles différenciés au niveau des sites dépendront de :

- La compréhension des besoins spécifiques et les contraintes des groupes de patients du site ;
- La compréhension et les points de vue des patients sur les obstacles au dépistage, aux tests et au traitement ;
- La compréhension et les points de vue des prestataires de services de santé sur les obstacles en pré, per et post-dépistage, au traitement et aux soins ;
- **L'adoption/adaptation et amélioration de la prestation de services** sur base des informations obtenues auprès des patients et des prestataires, sur les besoins, les contraintes et les obstacles.

## II.2. OFFRE DES MODELES DIFFERENCIES DE SERVICES

### CHAP. 1 : PREVENTION ET DEPISTAGE DIFFERENCIES DU VIH/SIDA ET DE LA TUBERCULOSE

D'une manière générale, les prestataires de soins doivent promouvoir les connaissances, les pratiques et les attitudes responsables en vue de minimiser l'incidence et les conséquences économiques, socio-familiales du VIH/sida et de la TB. De plus le VIH/sida et la TB conduisent à une réduction de la productivité chez les individus, les ménages, les localités/groupements, les territoires, les provinces et voir toute la nation.

Le pays recommande à toutes les parties prenantes qui interviennent dans la lutte contre le VIH d'encourager la pratique de la prévention combinée qui actuellement est le moyen le plus efficace et durable pour limiter la dissémination du VIH et espérer atteindre l'objectif assigné par le pays celui de réduire les nouvelles infections à 75% d'ici 2021. Les interventions combinées de la prévention consisteront en :

- La prévention comportementale
- La prévention structurale
- La prévention biomédicale.

Le premier « 90 » ne peut être atteint que si le maximum d'efforts sont faits pour encourager et inciter les personnes cibles au dépistage.

Par ailleurs, dans une optique d'améliorer le rendement de la réalisation des tests du dépistage, le Ministère de la Santé par le biais du PNLIS encourage la pratique du dépistage ciblé auprès des groupes ou populations à haut risque :

- Le dépistage ciblé à partir des symptômes/signes de suspicion
- Le dépistage ciblé des cas contacts des index VIH + (contact sexuel, enfant biologique de moins de 10 ans des femmes VIH+ et les cas d'échange des objets pointus ou tranchants)
- Dépistage ciblé en utilisant la stratégie EPOA/DOR chez les populations clés (PS, HSH/TG et UDI).

Quant à la Tuberculose, pour espérer faire baisser de 90 % le nombre de nouveaux cas de tuberculose entre 2015 et 2035, il faudrait d'abord détecter au moins 90% des cas dans la population et rechercher la TB chez 90% des populations spéciales (vulnérables ou à haut risque). Le taux de détection en 2017 atteint à peine la barre de 50%, parce qu'il y a de nombreux cas qui ne sont pas dépistés ou des cas manquants.

Des approches différenciées sont donc à mettre en œuvre pour innover et intensifier ce dépistage afin de rechercher ces cas manquants.

#### 1.1. LA PREVENTION COMBINEE DU VIH

La prévention combinée vise à construire une synergie nécessaire **entre les stratégies de prévention dites comportementales** (qui visent à changer les comportements individuels et collectifs à risque de transmission du virus au profit de l'adoption de comportements plus sûrs), **structurelles** (qui visent à agir plus largement sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs susceptibles de vulnérabiliser les personnes et les groupes les plus exposés à l'épidémie et de faire obstacle aux

changements de comportement) et **biomédicales** (qui visent à promouvoir l'utilisation des instruments médicaux pour limiter la transmission du VIH).

### 1.1.1 Activités de la prévention combinée :

#### a) Paquet d'interventions de la prévention comportementale

- La promotion de la communication pour le changement de comportement (l'abstinence, la fidélité à un partenaire VIH-, l'utilisation de condom avec les partenaires occasionnels et/ou chez les couples discordants)
- La promotion de la connaissance du statut sérologique par le dépistage
- L'optimisation des mesures d'hygiène de la vie en ce qui concerne l'usage des objets tranchants et pointus
- La sensibilisation de la population

#### b) Le paquet d'interventions de la prévention structurale

- Identification des problèmes sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs susceptibles de vulnérabiliser les personnes et les groupes les plus exposés à l'épidémie et de faire obstacle aux changements de comportement
- Préparation du plaidoyer axé sur les problèmes identifiés dans son contexte auprès des décideurs d'opinion et chefs d'établissements d'enseignements qui seront ciblés
- Application du plaidoyer pour casser ou alléger les problèmes qui vulnérabilisent la population au VIH
- Encouragement des actions conjointes par les acteurs des soins et décideurs d'opinion ainsi que les chefs d'établissements d'enseignements.

#### *Procédures d'un plaidoyer efficace :*

- *Connaître les objectifs de son plaidoyer en fonction des situations qui vulnérabilisent la population*
- *Faire une analyse SWOT de son auditoire*
- *Elaborer le message de plaidoyer à présenter aux leaders d'opinion ou dans les établissements d'enseignement*
- *Préparer sa communication pour être efficace aux leaders et aux établissements de soins*
- *Rester collé à ses objectifs lors de la présentation sans beaucoup se plaindre*

#### c) Le paquet d'interventions pour la prévention biomédicale

- L'usage des ARV comme moyen de prévention (TaSP, PEP, PrEP et PTME)
  - ✓ TaSP : le traitement d'une masse des PVVIH comme moyen de prévenir le VIH (la suppression virale conduit à la réduction de la transmissibilité du VIH) ;
  - ✓ PEP : administré dans les heures qui suivent l'exposition aux risques (AES et Violence sexuelle) les ARV réduisent sensiblement la contamination du VIH ;
  - ✓ PrEP : une prophylaxie pré-expositionnelle aux ARV (TDF+FTC/3TC) administrée avant la survenue de risque en continue ou en intermittence (par les PS, HSH, TG et UDI) ;
  - ✓ PTME : la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en utilisant les ARV.
- La sécurité transfusionnelle : offrir le dépistage et assurer la fidélisation des donneurs dans les établissements de soins
- L'offre du diagnostic et du traitement optimal des IST
- La promotion de l'utilisation efficace des préservatifs masculins et féminins
- La promotion du programme de distribution des seringues autobloquantes et du traitement de substitution aux opiacés
- La promotion de la pratique de l'autotest.

## **1.1.2 Préventions combinées dans le contexte des cas spécifiques et le milieu à haute prévalence**

### **a) Prévention combinée du VIH dans un milieu à haute prévalence**

L'objectif est de permettre l'accès à 90% à des services de prévention adaptée. Ci-dessous 6 services clés de prévention dans un milieu à haute prévalence :

1. Offre de dépistage et des traitements ARV (TaSP, PrEP et PEP) à la population en fonction des besoins
2. Intensification de la promotion du programme des préservatifs
3. Offre, si nécessaire, de la circoncision masculine volontaire médicalisée
4. Intensification de la communication pour le changement social et comportemental, en insistant sur la génération de la demande des services de prévention biomédicale
5. Protection sociale en assurant les programmes d'occupations et d'autonomisation financière des jeunes femmes
6. Offre des services d'éducation sexuelle et la lutte contre les violences sexuelles.

### **b) Prévention combinée du VIH chez les professionnelles de sexes**

L'objectif est de permettre l'accès à 90% à des services de prévention adaptée. Ci-dessous 6 services clés de prévention chez les professionnelles de sexe (PS) :

1. Offre de dépistage et des traitements ARV (TaSP, PrEP et PEP) à la population en fonction des besoins
2. Intensification de la promotion du programme des préservatifs et lubrifiants
3. Offre de services de santé cliniques (santé sexuelle et reproductive, planification familiale et diagnostic et traitement optimal des IST)
4. Intensification de la pratique de l'approche améliorée de la sensibilisation par les pairs (EPOA)
5. Intensification du plaidoyer sur la législation allégeant la pression communautaire à l'endroit des PS
6. Intensification des mesures de lutte contre les violences à l'égard des PS.

### **c) Prévention combinée du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**

L'objectif est de permettre l'accès à 90% à des services de prévention adaptée. Ci-dessous 6 services clés de prévention chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) :

1. Offre de dépistage et des traitements ARV (TaSP, PrEP et PEP) à la population en fonction des besoins
2. Offre du diagnostic et traitement optimal des IST
3. Intensification de la promotion du programme des préservatifs et lubrifiants
4. Intensification de la pratique de l'approche améliorée de la sensibilisation par les pairs (EPOA)
5. Intensification du plaidoyer sur la législation allégeant la pression communautaire à l'endroit des HSH
6. Prise en compte dans la législation des lois et des droits des HSH.



#### **d) Prévention combinée du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables**

L'objectif est de permettre l'accès à 90% à des services de prévention adaptée. Ci-dessous 6 services clés de prévention chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) :

1. Offre de dépistage et des traitements ARV (TaSP, PrEP et PEP) à la population en fonction des besoins
2. Intensification de la promotion du programme des préservatifs et lubrifiants
3. Promotion des programmes d'échange des aiguilles et seringues autobloquants
4. Promotion de la thérapie de substitution aux opiacés
5. Offre du diagnostic et de traitement optimal des hépatites, des IST et de la tuberculose)
6. Intensification du plaidoyer sur la législation allégeant la pression communautaire à l'endroit des UDI

### **1.2. PREVENTION DIVERSIFIEE DE LA TUBERCULOSE**

La prévention synergique de la tuberculose consiste en la combinaison des plusieurs mesures pour obtenir de manière durable et efficace la réduction de la transmission de la tuberculose dans la communauté et dans les établissements de soins :

#### **1.2.1 Dans la vie courante :**

- Alimentation saine et équilibrée, habitat salubre et aéré, éviter l'alcoolisme et le tabagisme, etc.
- Application des mesures de précaution universelle.

**1.2.2 Dans les FOSA et autres structures des soins :** l'application des mesures sur le contrôle de l'infection pour éviter la propagation de la maladie chez les personnels soignants, les autres patients et les personnes qui fréquentent ces FOSA.

- Mesures administratives :
  - ✓ Comité ou groupe responsable
  - ✓ Guide ou recueil des mesures à appliquer dans la FOSA
  - ✓ Suivi et évaluation périodiques
  - ✓ Note administrative formelle du screening au moins une fois l'an de la TB et dépistage du VIH chez le personnel soignant.
- Mesures environnementales :
  - ✓ Disposition des locaux de consultation en faisant attention à la circulation des courants d'air principaux, boxes, pièces et salles d'attente bien aérées
  - ✓ Prise en consultation rapide et prioritaire des éventuels tousseurs dans les salles d'attente, etc.
  - ✓ Appliquer des espaces différenciés ou des horaires différenciés pour les patients TB, VIH et TB/VIH
  - ✓ Gestion des déchets médicaux (poubelle appropriée en fonction de type des déchets et utilisation des incinérateurs à la température adaptée).
- Application des mesures de protection individuelle
  - ✓ Sensibilisation et promotion des mesures d'hygiène de la toux (usage des papiers mouchoirs, couvrir le nez et la bouche avec le creux du coude au lieu de la main lors de la toux, lavage régulier des mains et jeter dans les poubelles tout outil utilisé pour se moucher)
  - ✓ Intensification du respect de port des respirateurs (prestataires) ou des masques (patients) lors de la prestation

- ✓ Promotion de la communication pour le changement de comportement dans la communauté, particulièrement sur le dépistage et traitement précoce, l'observance du traitement, etc.

**1.2.3 La vaccination des nourrissons au BCG** : protection contre les formes graves de la TB (méningite, miliaire, ...)

**1.2.4 La chimio prophylaxie à l'INH** :

- Chez les enfants de moins de 5 ans en contact étroit avec les patients TB+ après exclusion de la TB.

Il faut noter que tout dépisté TB constitue un cas index pour lequel l'application de l'investigation des sujets contacts doit être effectuée telle que recommandée !

- Chez les PVVIH après exclusion de la TB, car la TB constitue la morbi-mortalité principale chez elles.

Cette chimio prophylaxie se fera selon les recommandations des 2 programmes, et en veillant sur les contre-indications éventuelles à la prise de l'INH.

**1.2.5 Le dépistage et traitement précoces de tous les cas TB** afin de couper la chaîne de contamination.

### **1.3. LE DEPISTAGE DIFFERENCIE DU VIH ET DE LA TUBERCULOSE**

Dans l'optique d'accélérer le contrôle de l'épidémie du VIH et de la tuberculose, des cibles ambitieux (triple 90) ont été fixés avec des jalonnements bien définis pour les deux maladies. Cependant l'atteinte du premier objectif nécessite un esprit d'innovation en ce qui concerne l'offre du dépistage. Les orientations stratégiques 1 et 2 de l'OMS, recommandent de comprendre les données pour dresser les **interventions à fort impact**. L'analyse des données, des caractéristiques cliniques et des facteurs de risque des clients/patients sont des éléments d'orientation de choix de dépistage différencié.

La figure 3 ci-dessous résume les différents types de dépistages différenciés opérationnalisés par les deux programmes (PNLS et PNLT) :

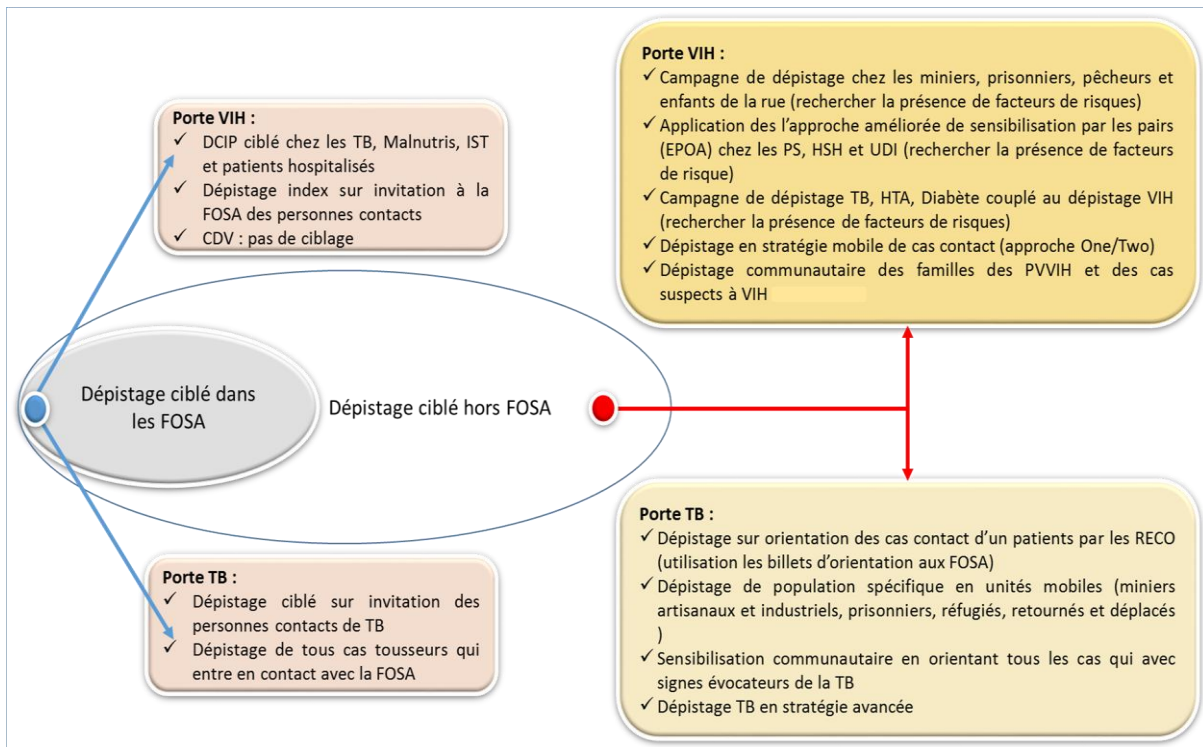


Figure 3 : Lieu et mode de dépistage ciblé du VIH et de la TB

La pratique du dépistage ciblé est orientée par la **triade** qui prend en compte l'analyse des données pour identifier le milieu à haute prévalence du VIH et de la TB, l'identification des facteurs de risque chez les groupes cibles et la recherche des signes évocateurs du VIH et TB comme décrits ci-dessous :

#### a. L'analyse des données

Dans les FOSA, les prestataires auront régulièrement à :

- Connaître le nombre des nouveaux cas VIH et TB enrôlés dans les services
- Comprendre le milieu de provenance de ces nouveaux cas
- Identifier le milieu d'où la plupart des nouveaux cas proviennent
- Comprendre les facteurs de risque de ce milieu
- Dresser les interventions ciblées en stratégie avancée ou mobile

L'**implication de la communauté** est très importante pour avoir également toutes les informations sur les présumés qui sont en dehors des Fosa

#### b. L'identification des facteurs de risques chez les groupes cibles (PS, HSH, UDI et les populations spécifiques)

L'opérationnalisation de la stratégie EPOA ou la sensibilisation régulière dans les points névralgiques (points chauds et couloirs stratégiques) en utilisant les pairs, demandent chaque fois d'identifier les facteurs de risque associés au VIH avant de proposer le test, à savoir :

- Connaissance du statut sérologique par le client
- Notion des relations sexuelles non protégées au cours des 3 ou 6 derniers mois
- Notion des relations sexuelles avec échange de l'argent ou de bien au cours du 3 ou 6 derniers mois
- Notion des relations sexuelles anales non protégées au cours des 3 ou 6 derniers mois

- Notion d'injection des drogues au cours des 3 ou 6 derniers mois
- Notion de consommation des drogues à usage récréatif au cours des 3 ou 6 derniers mois

Les éléments pouvant classer les clients (population clés, spécifiques et autres) par catégorie de priorité sont :

- Dernier dépistage du VIH remontant à 6 mois,
- Connaissance du statut par le client, Si le client est VIH+, demander s'il est sous ARV
- Lorsqu'il y a notion de rapport sexuel en échange d'argent ou d'un autre bien, poser la question sur le nombre de partenaires sexuels au cours du mois précédent
- Lorsqu'il y a notion d'injection des drogues, demander si le client a utilisé la même aiguille que d'autres UDI
- Identification des symptômes d'une IST active

NB : le client qui va répondre « oui » à une seule question sera considéré comme prioritaire et le dépistage du VIH lui sera offert.

**EPOA :**

*C'est une approche qui utilise les réseaux de chaîne de référence pour atteindre les membres des populations clés inaccessibles avec les méthodes normales de sensibilisation, elle est animée par :*

- *Le Pair éducateur : contacte les membres des populations clés et les invite à faire le dépistage du VIH et à devenir des pairs mobilisateurs*
- *Les pairs mobilisateurs : contactent les membres de populations clés de leurs réseaux et les incite à faire le dépistage du VIH ou à s'inscrire au TARV en cas de VIH+*
- *Pairs : sont des membres des populations clés incités à se faire dépister du VIH par les pairs éducateurs ou mobilisateurs*
- *Pair navigateur : facilite le lien des populations clés dépistées VIH vers le TARV et améliore la rétention aux soins*

### **c. La recherche de signes évocateurs du VIH et de la tuberculose**

Pour ce qui concerne la tuberculose, proposer le test de la TB chez tous patients présentant les signes de présomption de la tuberculose, à savoir :

- La toux, la transpiration nocturne et la fièvre au long cours
- L'amaigrissement, l'anorexie et l'asthénie
- Douleurs thoraciques et hémoptysies
- Les patients qui ont un cliché suspect de la TB

Pour ce qui concerne le VIH, proposer le test du VIH chez tous patients qui ont les caractéristiques cliniques suivantes :

- Présence des signes de présomption de la tuberculose susmentionnés
- Présence des signes cliniques selon la classification de l'OMS I, II, III et IV (enfant et adulte)
- Notion de la transfusion sanguine dans le 3 dernières années

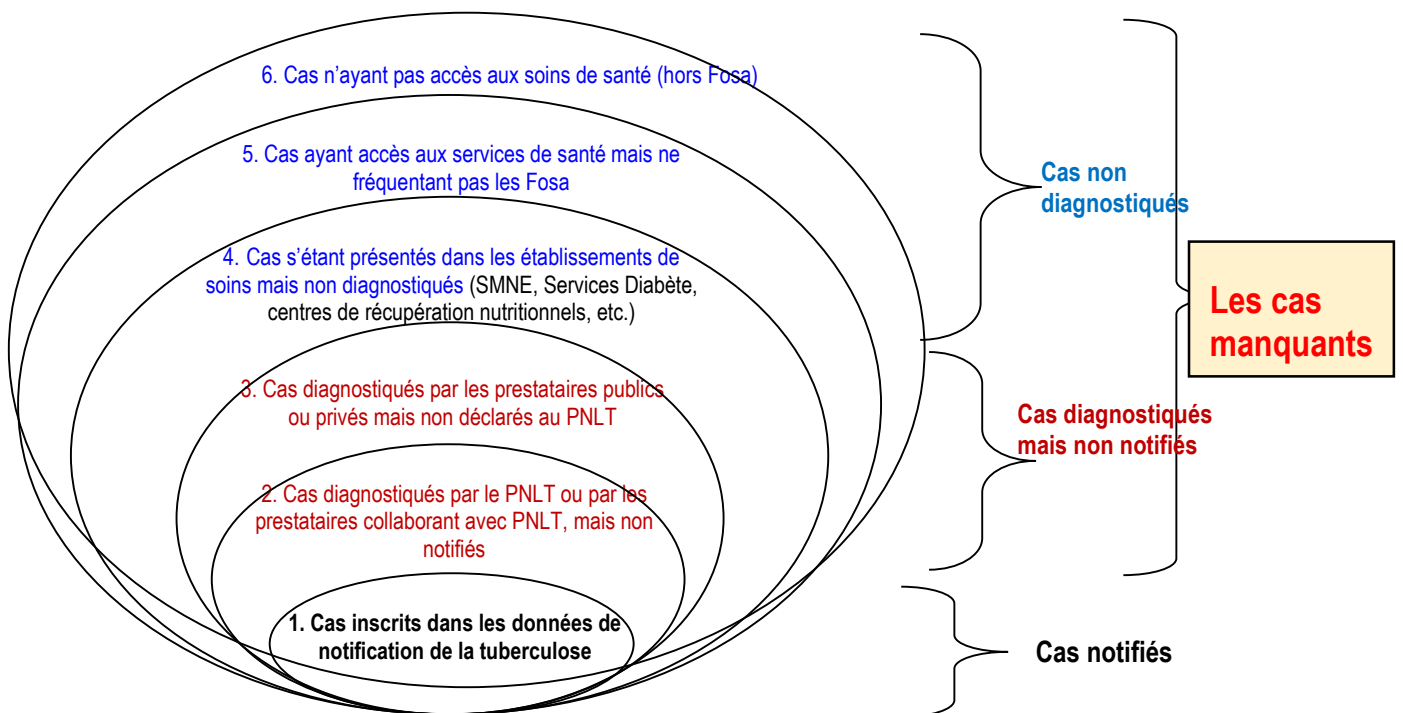
En ce qui concerne le dépistage à partir des cas index on retiendra :

- Porte VIH :
  - ✓ Rapport sexuel avec un partenaire VIH+
  - ✓ Enfant biologique de moins de 10 ans des femmes VIH+
  - ✓ Echange d'aiguille et seringue avec un UDI VIH+

- Porte TB :
  - ✓ Présumé TB
  - ✓ Sujet contact de tuberculeux d'un cas index (vivre dans une même maison avec un tuberculeux à bacilloscopie positive pendant 3 mois)
  - ✓ Les enfants et nourrissons né des mères tuberculeuses
  - ✓ Les enfants de moins de 5 ans vivant sous le même toit avec un cas TB+.

**Concernant plus spécifiquement le dépistage différencié dans la Tuberculose**, la préoccupation majeure reste de rechercher les **cas manquants TB** qui constituent l'énorme gap dans le dépistage. Ceci nécessite d'utiliser des approches différenciées innovantes afin de les dépister.

Le diagramme de « l'oignon » ci-dessous (figure 4) reprend les grands groupes des cas manquants selon l'information stratégique disponible :



- Dépistage dans la population générale :
  - ✓ FOSA et autres services de santé : CS, CSDT, CST, Site VIH (étatiques, confessionnels, privés) : un accent particulier doit être mis sur la recherche de la TB pédiatrique (SMNE) et TB-PR en plus de la coïnfection TB/VIH.
  - ✓ Services et soins de la mère et de l'enfant : CPN, CPS, maternités...
  - ✓ Services de nutrition : enfants malnutris.
- Dépistage dans la Communauté :
  - ✓ Impliquer la communauté parce que le patient y vit, et cette implication permet un dépistage précoce permettant de couper la chaîne de transmission.
  - ✓ Travailler avec les leaders communautaires qui peuvent jouer un rôle très important dans les messages et la sensibilisation (Pasteurs & Enseignants, Autorités politico-Administratives, Stars de sports ou de musique, Guérisseurs/Tradipraticiens, Chefs des groupes sociaux ou associations, etc.).
  - ✓ Travailler avec les Prestataires communautaires : RECO institutionnels, Associations des anciens malades TB, OAC, OSC, etc. : rôle dans l'orientation des présumés, le transport des échantillons,

l'investigation des contacts, la préparation des activités spéciales de dépistage actif avec les équipes mobiles, etc.

- ✓ Les services de santé doivent accompagner la communauté dans la lutte (formations, briefing, suivi et encadrement, etc.), et établir des liens de collaboration avec les services communautaires (référence, Bilo, etc.).
- ✓ Lieux à risque de TB où rechercher les présumés :
- Le dépistage devra être ciblé dans les groupes des populations à risque TB ci-dessous pour avoir de l'impact (rendement avec un apport significatif des cas TB).

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujets contacts des cas tuberculeux (index)</li> <li>- PVVIH</li> <li>- Mères et enfants (SMNE)</li> <li>- Prisonniers</li> <li>- Malades souffrant de diabète</li> <li>- Mineurs (industriels et creuseurs artisanaux)</li> <li>- Déplacés/refugiés</li> <li>- Personnel soignant</li> <li>- Autochtones - Populations marginalisées (les pygmées)</li> <li>- Services de récupération nutritionnelle</li> <li>- Militaires et les policiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eglises qui gardent des fidèles pour des séances de prière de plusieurs jours (concentration des fidèles, parfois malades...)</li> <li>- Les lieux de travail</li> <li>- Ecoles et internats</li> <li>- Populations transfrontalières</li> <li>- Populations riveraines</li> <li>- Utilisateurs de drogues et les fumeurs</li> <li>- Professionnelles de sexe</li> <li>- Milieux universitaires</li> <li>- Enfants de la rue/orphelinats</li> <li>- etc.</li> </ul>
---	--

- Modalités différenciées de dépistage :
  - ✓ Stratégie fixe au CSDT, **transport des échantillons du CST vers le CSDT et/ou vers le site de GeneXpert**
  - ✓ Stratégie avancée de l'équipe d'une structure de santé donnée se déplaçant vers certains milieux de son rayon d'action qui ont des populations vulnérables (à risque TB)
  - ✓ Stratégie de dépistage actif ciblé par les équipes mobiles vers certaines populations spéciales....(voir ci-dessus).
- Utilisation d'algorithmes différenciés pour le diagnostic de la TB selon la distribution géographique de la prévalence dans les régions : examen par GeneXpert en 1<sup>ère</sup> intention (examen initial, en excluant le Ziehl) ou en 2<sup>ème</sup> intention.
- Diagnostic par microscopie Ziehl, par GeneXpert, par LPA et/ou par culture, parfois apport par d'autres examens para cliniques (RX, etc.).
- Diagnostic différencié pour les TB-PR : Xpert pour avoir les TB-RR, puis soit culture + test de sensibilité, soit directement test LPA (obligatoire) avant la mise sous traitement court de 2<sup>ème</sup> ligne.

## CHAP. 2 : PRISE EN CHARGE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE DIFFERENCIEE

### 2.1 INTRODUCTION

Ce chapitre met l'accent sur des méthodes efficaces de prise en charge différenciée du VIH et de la TB. Il a pour but d'aider les responsables des sites à concevoir et à mettre en œuvre des modèles de prestation de services adaptés aux besoins des patients et aux contraintes des prestataires. Chaque approche vise à améliorer l'efficacité des services en répondant aux besoins spécifiques des patients et en réduisant les obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins.

### 2.2 OBJECTIF

Améliorer l'efficacité des services en répondant aux besoins spécifiques des patients et en réduisant les obstacles qui les empêchent d'accéder aux soins.

### 2.3 OPERATIONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE

Dans l'optique de répondre aux contraintes opérationnelles dans l'offre des services VIH et TB, les services seront organisés et rendus en fonction des besoins et préférences des patients (modèle de services différenciés).

Les 6 étapes à considérer dans la mise en place des modèles différenciés sont décrites dans le tableau suivant.

ETAPES	TACHES DU RESPONSABLE DU SITE
<b>Etape 1.</b> Evaluation des données, des politiques et des prestations en ARV et Antituberculeux	<ul style="list-style-type: none"><li>- Calculer la moyenne des patients fréquentant la FOSA</li><li>- Déterminer le nombre et la capacité des prestataires impliqués dans la prise en charge sur le site ;</li><li>- Identifier les contraintes liées à l'offre de services tant chez les patients que chez les prestataires</li><li>- Identifier les défis liés à la qualité de service (rétention sur 12 mois des patients, suppression virale pour le PVVIH, maintien de la charge virale &lt;1000 copies, succès thérapeutiques pour les tuberculeux, ...)</li><li>- Choisir le modèle adapté au contexte et en fonction des normes et directives</li></ul>
<b>Etape 2.</b> Identification des défis	<ul style="list-style-type: none"><li>- Réaliser une enquête de satisfaction des patients sur un échantillon de «n» patients en fonction de la taille de la cohorte du site ;</li><li>- Echanger avec les responsables de services ou points focaux VIH et la tuberculose en vue d'identifier les difficultés qu'ils rencontrent ;</li><li>- Identifier les contraintes à l'accès aux services (géographique, socioculturelle et politique, financière et organisationnelle) ;</li><li>- Mesurer l'acceptabilité des patients pour le modèle choisi :</li></ul>

<p><b>Etape 3.</b> Définition du patient bénéficiaire d'une prestation différenciée des ARV et Antituberculeux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer les caractéristiques cliniques des patients pour le VIH (patient en bon état de santé apparente, patient stable, patient instable, patients au stade avancé du sida, ...) et pour la TB (état général du patient, type de TB, patient en échec ou succès thérapeutique,)</li> <li>- Définir le contexte (milieu urbain ou rural et présence ou non des situations humanitaires) ;</li> <li>- Déterminer les aspects genre, âge ("enfant, adolescent et adulte"), sexe ("masculin ou féminin), pour les situations de «grossesse » et populations clés ("HSH, PS, UDI" ou spécifiques) ;</li> </ul>								
<p><b>Etape 4.</b> Construction d'un modèle de prestation différenciée ARV et Antituberculeux</p> <table border="1" data-bbox="167 882 778 1366"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Quand ?</th> <th style="background-color: #f4a460;">Où ?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tous les mois Tous les 2 mois Tous les 3 mois Tous les 6 mois</td> <td>Centre d'excellence VIH/TB CHU/HGPR VIH/TB HGR VIH/TB CSR VIH/TB CS/CST/CSDT VIH/TB Communauté</td> </tr> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Qui ?</th> <th style="background-color: #f4a460;">Quoi ?</th> </tr> <tr> <td>Médecin Infirmier Pharmacien Biologiste/technicien de labo Agent communautaire (pairs/membre de famille)</td> <td>Initiation TARV et anti-TB Renouvellements TARV et anti-TB Suivi clinique Soutien psycho-socio-éducative Diagnostic des IOs et autres comorbidités Suivi biologique</td> </tr> </tbody> </table>	Quand ?	Où ?	Tous les mois Tous les 2 mois Tous les 3 mois Tous les 6 mois	Centre d'excellence VIH/TB CHU/HGPR VIH/TB HGR VIH/TB CSR VIH/TB CS/CST/CSDT VIH/TB Communauté	Qui ?	Quoi ?	Médecin Infirmier Pharmacien Biologiste/technicien de labo Agent communautaire (pairs/membre de famille)	Initiation TARV et anti-TB Renouvellements TARV et anti-TB Suivi clinique Soutien psycho-socio-éducative Diagnostic des IOs et autres comorbidités Suivi biologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construire des modèles différenciés en fonction du contexte de l'établissement de soins et des modèles retenus par le pays : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PODI</li> <li>○ Club d'observance</li> <li>○ GCT</li> <li>○ Circuit rapide ou l'espacement de rendez-vous</li> <li>○ Implémentation d'une unité de mise au point rapide</li> <li>○ Horaires différenciés</li> <li>○ Rendez-vous de suivi clinique et suivi biologique par les prestataires</li> <li>○ Les TDO</li> <li>○ Mesure de contrôle de l'infection dans l'établissement de soins</li> <li>○ Recherche active des cas contacts des tuberculeux et PVVIH</li> </ul> </li> </ul>
Quand ?	Où ?								
Tous les mois Tous les 2 mois Tous les 3 mois Tous les 6 mois	Centre d'excellence VIH/TB CHU/HGPR VIH/TB HGR VIH/TB CSR VIH/TB CS/CST/CSDT VIH/TB Communauté								
Qui ?	Quoi ?								
Médecin Infirmier Pharmacien Biologiste/technicien de labo Agent communautaire (pairs/membre de famille)	Initiation TARV et anti-TB Renouvellements TARV et anti-TB Suivi clinique Soutien psycho-socio-éducative Diagnostic des IOs et autres comorbidités Suivi biologique								
<p><b>Etape 5.</b> La mise en œuvre du choix du modèle de prestation différenciée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les critères (cliniques et para cliniques) d'éligibilité des patients et des procédures d'orientation de ces derniers dans les modèles de prestations différenciées</li> <li>- Définir le moment où les conditions de réorientation des patients affectés dans les modèles différenciés auprès des professionnels de santé.</li> <li>- Former/recycler les parties prenantes dans les modèles des prestations différenciées</li> <li>- S'assurer de la disponibilité des médicaments et des autres intrants de lutte contre le VIH et la tuberculose</li> <li>- Identifier l'espace/infrastructure où seront organisés les services choisis</li> </ul>								



	- Assurer de l'existence d'une motivation et des frais de fonctionnement pour principalement la mise en œuvre de PODI
<b>Etape 6.</b> Autre adaptation (innovation)	<p>Mesurer les interventions mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il n'y a pas d'amélioration, recadrer les choses par l'innovation</li> <li>- S'il y a amélioration (rétention, suppression de la charge virale, succès thérapeutique,...) maintenir les actions et partager l'expérience.</li> </ul>

## 2.4 LA PRATIQUE DES SOINS DIFFERENCIES DANS LES FOSA

Ce point décrit de manière succincte ce que les responsables des établissements de soins doivent connaître sur les différents modèles de prestations différenciées et les opérationnaliser en accord avec les normes et directives de deux programmes (PNLS et PNLT).

Les modèles existants en pratique courante sont :

### 2.4.1 Au niveau des FOSA :

- Horaires différenciés
- Circuit rapide couplé à l'espacement de rendez-vous
- Recherche des signes de danger
- Unité de mise au point rapide
- Contrôle de l'infection
- Recherche active des sujets contacts des cas index.

### 2.4.2 Au niveau communautaire :

- PODI
- Club d'observance
- GCT
- TDO
- Opérationnalisation de la recherche active des cas contacts

La pratique des différents modèles différenciés énumérés ci-dessus retenus par les deux programmes est annoncée dans la partie suivante.

## Rappel sur la catégorisation des patients

Type de malade	Définition	Caractéristique clinique	Lieu de PEC	RDV clinique
Patient naïf	Tout patient dépisté VIH+ et qui n'a jamais pris d'ARV dans sa vie	En bon état de santé apparente	FOSA (12 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 jours</li> <li>- 1M/6M</li> <li>- 3M/12M</li> </ul>
		Avec une infection à VIH au stade avancé ou pas	Unité de mise au point rapide	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ambulatoire</li> <li>- Si stade avancé : hospitalisation jusqu'à la stabilisation</li> <li>- 1M/6M</li> <li>- 3M/12M</li> </ul>
Patient faux-naïf	Tout patient ayant soit : - abandonné les TARV ou - changé de FOSA de suivi où il est connu.  Il revient dans le circuit du système en refusant de révéler aux prestataires qu'il a déjà été sous TARV	En Bon état de santé apparente	FOSA (12 mois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 jours</li> <li>- 1M/6M</li> <li>- 3M/12M</li> </ul>
		Avec une infection à VIH au stade avancé ou pas	Unité de mise au point rapide	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ambulatoire</li> <li>- Si stade avancé : hospitalisation jusqu'à la stabilisation</li> <li>- 1M/6M</li> <li>- 3M/12M</li> </ul>
Patient non naïf	Tout patient déjà sous ARV	Stable	Dans un modèle différencié (FOSA ou communautaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chaque 6 à 12 mois</li> </ul>
		Instable	FOSA	Suivi bihebdomadaire ou mensuel

## 2.4.3 Description par le niveau national des différents modèles opérationnalisés :

### a) Opérationnalisation des horaires différenciés

Les horaires différenciés font partie intégrante des modèles différenciés qui consistent à organiser les services en fonction des éléments ci-dessous :

- Les heures et/ou jours de rendez-vous pour renouveler les médicaments
- La disponibilité/occupation des prestataires
- Les comforts de différentes tranches d'âge (enfant, adolescent et adulte)
- La disponibilité/occupation des patients

Il revient aux prestataires de retenir en pratique les éléments suivants pour opérationnaliser les horaires différenciés :

- Identification des différents défis rencontrés par les patients dans le renouvellement des médicaments
- Adoption de l'horaire accepté par la majorité des patients de la FOSA
- Réception des patients dans le cadre de l'offre des services à des heures ou jours diversifiés. Par exemple :
  - Renouvellement des médicaments aux enfants, adolescents et adultes à des heures ou jours diversifiés
  - Renouvellement des médicaments à tous les patients à des jours précis de la semaine.

### b) Opérationnalisation du circuit rapide couplé à l'espacement de rendez-vous

DEFINITION	PAQUET D'INTERVENTIONS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Le circuit rapide est une approche consistant à organiser les services en triant les patients et en les orientant vers les services qu'ils cherchent</li><li>- L'espacement de rendez-vous quant à lui consiste à renouveler les médicaments à des intervalles espacés (3 à 6 mois).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identification claire des responsables et des rôles de chacun dans le parcours des malades (réception, consultation, pharmacie et laboratoire)</li><li>- Tri de malade</li><li>- Mensurations et signes vitaux</li><li>- Evaluation rapide de l'état clinique</li><li>- Orientation des patients en fonction de leurs besoins</li><li>- Renouvellement des ARV et CTX (3 à 6 mois)</li><li>- Soutien à l'observance</li></ul>
ANIMATEUR	CIBLE
Professionnel de santé	Patient cliniquement stable

**c) Opérationnalisation de PODI**

DEFINITION	PAQUET D'INTERVENTIONS
<p>Le PODI est un poste de distribution communautaire des médicaments (ARV et CTX)</p>	<p>Principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renouvellement d'ARV et CTX (3 mois)</li> <li>- Screening des signes de danger</li> <li>- Screening TB et prise de poids</li> <li>- Gestion de l'échéancier des patients</li> <li>- Tracking des présumés perdus de vue</li> <li>- Orientation des patients chaque année dans la structure pour le suivi clinique et biologique</li> <li>- Orientation sans délai pour chaque problème clinique</li> <li>- Soutien à l'observance</li> </ul> <p>Complémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage (famille, index testing et en situation de présence de signe d'orientation)</li> <li>- Soutien psycho-socio-éducatif</li> </ul>
ANIMATEUR	CIBLE
<p>Il est animé par des personnes vivant avec le VIH et toutes sont polyvalentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Superviseur : assure la supervision et le lien entre le PODI et le système de santé</li> <li>- DCP : distribue les médicaments et évalue les difficultés socio-familiales des patients</li> <li>- ACP : accueille les PVVIH, les met en confiance, ouvre le dossier et gère l'échéancier des patients</li> <li>- Conseillère : offre le dépistage et réfère les cas positifs dans les FOSA</li> <li>- Deux gardiens : assurent la sécurité et le contrôle des acteurs et des biens</li> <li>- Encodeur : encode les données de PODI</li> </ul>	<p>Patient stable.</p> <p>Définition d'un patient stable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adhère et est observant au traitement attesté par la CV et/ou la stabilité clinique</li> <li>- Absence des IOs dans 3 derniers mois</li> <li>- Si c'est une femme, elle ne doit pas être enceinte</li> <li>- Avoir au moins 15 ans</li> <li>- Absence d'effet indésirable</li> <li>- Bon état nutritionnel (IMC &gt; 16)</li> </ul> <p>Le PODI s'opérationnalise dans le milieu Urbain</p>

**d) Opérationnalisation du Club d'observance**

DEFINITION	PAQUET D'INTERVENTIONS
C'est un groupe de tout au plus 25 patients stables qui se choisissent un responsable qui aura pour rôle d'approvisionner ses pairs après une réunion de soutien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renouvellement d'ARV et CTX (3 mois) en fonction des colisages effectués par les prestataires</li> <li>- Soutien psycho-socio-éducatif</li> <li>- Prise de poids</li> <li>- Orientation des patients chaque semestre dans la structure pour le suivi clinique et biologique</li> <li>- Orientation sans délai pour chaque problème clinique</li> <li>- Cracking des présumés perdus de vue</li> <li>- Soutien à l'observance</li> </ul>
ANIMATEUR	CIBLE
Un responsable PVVIH choisi par le membre du groupe	Patient stable (cfr. PODI) dans un milieu urbain

**e) Opérationnalisation du GCT**

DEFINITION	PAQUET D'INTERVENTIONS
C'est un groupe d'au moins 6 patients cliniquement stables qui renouvellent à tour de rôle les ordonnances des pairs du groupe dans une FOSA de la localité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renouvellement ARV et CTX (mensuel)</li> <li>- Soutien à l'observance</li> <li>- Prise de poids</li> <li>- Orientation des patients chaque semestre dans la structure pour le suivi clinique et biologique</li> <li>- Orientation sans délai pour chaque problème clinique</li> <li>- Tracking des présumés perdus de vue</li> </ul>
ANIMATEUR	CIBLE
Les membres du groupe	Patients cliniquement stables dans un milieu rural

**f) Opérationnalisation de recherche des signes de dangers**

<b>DEFINITION</b>	<b>PAQUET D'INTERVENTIONS</b>
Symptômes ou signes qui menacent la vie des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure des paramètres vitaux (TA, FC, FR, température et SAO2)</li> <li>- Recherche des signes de déshydratation</li> <li>- Evaluation de l'<b>indice de Karnofsky</b></li> <li>- Examen neurologique complet</li> </ul>
<b>ANIMATEUR</b>	<b>CIBLE</b>
Professionnel de santé expérimenté	PVVIH au stade III/IV de l'OMS

**g) Opérationnalisation de l'unité de mise au point rapide**

<b>DEFINITION</b>	<b>PAQUET D'INTERVENTIONS</b>
C'est une unité d'intervention rapide chez les patients qui arrivent avec une infection à VIH au stade avancé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage VIH</li> <li>- Dosage de CD4</li> <li>- TB-LAM pour les patients avec CD4 &lt; 100 Cellules/mm<sup>3</sup></li> <li>- Dosage de l'antigène cryptococcique (CrAg) chez les patients avec CD4 &lt; 100 Cellules/mm<sup>3</sup></li> <li>- TDR malaria (si notion de fièvre)</li> <li>- Glycémie</li> <li>- Hémoglobine</li> <li>- Bandelette urinaire</li> <li>- Xpert</li> <li>- Radiologie</li> <li>- Echographie</li> </ul>
<b>ANIMATEUR</b>	<b>CIBLES</b>
Les professionnels de santé formés dans la gestion des patients avec infection à VIH au stade avancé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient avec infection à VIH au stade avancé (OMS III et IV)</li> <li>- Patient instable (apparition sous TARV des IOs ou autres comorbidités ainsi que la survenue de l'échec virologique)</li> </ul>

#### h) Opérationnalisation du TDO

DEFINITION	PAQUET D'INTERVENTIONS
Traitement directement observé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration/prise surveillée des Anti-TB</li> <li>- Evaluation des patients (effets indésirables, présence d'autres pathologies associées et évolution clinique)</li> </ul>
ANIMATEUR	CIBLE
Infirmier formé (prestataire) Agent communautaire formé et supervisé par le prestataire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient tuberculeux en phase intensive</li> <li>- Patient en phase de continuation</li> </ul>

#### i) Opérationnalisation du contrôle de l'infection

DEFINITION	PAQUET D'INTERVENTIONS
C'est l'ensemble des mesures pour limiter la transmission de la tuberculose dans la communauté, les établissements de santé, les milieux fermés (comme les prisons)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des personnes à risque de la tuberculose</li> <li>- Diagnostic rapide (Ziehl), GeneXpert</li> <li>- Traitement précoce</li> </ul>
ANIMATEUR	CIBLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnel de santé</li> <li>- Agent communautaire</li> </ul>	Personne à risque

#### j) Opérationnalisation de la recherche active de la TB chez les sujets contacts des cas index TB

DEFINITION	PAQUET D'INTERVENTION
C'est l'ensemble des mesures visant à identifier les personnes contacts des cas tuberculeux confirmés bactériologiquement dans la communauté, les établissements de soins, les milieux fermés, les écoles, les lieux de travail, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche des signes de présomption</li> <li>- Offre de test rapide TB par GeneXpert ou à défaut Ziehl pour les présumés</li> <li>- Orientation des patients confirmés TB vers les services de traitement</li> <li>- Offre de la prophylaxie à l'INH chez les enfants de moins de 5 ans après exclusion de la TB</li> </ul>
ANIMATEUR	CIBLE
Professionnel de santé Agent communautaire	Toute personne en contact avec le cas Index

#### 2.4.4 Description de quelques particularités de la TB :

- Mise en traitement et suivi des patients :
  - Selon les régimes standardisés de traitement des patients : 1<sup>ère</sup> ligne (traitement initial de première intention et retraitements de 6/8 mois avec les médicaments de 1<sup>ère</sup> intention) et 2<sup>ème</sup> lignes (Traitement court de 9 mois, traitement long et autres traitements individualisés)
  - Formes graves de l'enfant : traitement avec médicaments de 1<sup>ère</sup> ligne jusqu'à 12 mois
  - Bilan initial obligatoire (liste d'examens biologiques et autres para cliniques) pour les Patients sous médicaments de 2<sup>ème</sup> ligne (TB-PR) avant de commencer le traitement
  - LPA pour TB RR avant le régime court de 9 mois
  - Profil épidémiologique de la résistance aux anti-TB de 2<sup>ème</sup> ligne pour TB Pré et XDR afin de déterminer le traitement approprié
  - Soins en ambulatoire en principe, mais hospitalisation des patients TB graves/grabataires (quelques pavillons dans les hôpitaux de certaines provinces) et tous les Pré et XDR dans certains centres particuliers (comme le Centre d'Excellence Damien « CEDA » à Kinshasa)
  - Suivis différenciés des patients sous 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> intention : bilan clinique, biologique (Ziehl, culture, et autres examens para cliniques), RX, soutien nutritionnel, soutien psychosocial, etc.
  - Bilan bactériologique et clinique obligatoire pour le passage de la phase intensive vers la phase de continuation
  - TDO dans la FOSA ou Accompagnement communautaire avec remise des médicaments pour un temps déterminé (15-30 jours), suivi des RDV au CSDT/CST.
- Evolution et Issues de traitement :
  - Possibilité pour le patient de revenir à tout moment quand il ressent un problème
  - Critères différenciés 1<sup>ère</sup> versus 2<sup>ème</sup> intention
  - Suivi obligatoire après la fin du traitement pour les patients TB-PR (surveillance des rechutes...)
  - Suivi des patients Co-infectés TB/VIH après le traitement de la TB : voir chapitre sur le GU.
- Contrôle de l'infection : est capitale pour éviter d'avoir davantage des contaminations et la propagation de la maladie :
  - Applications des mesures universelles et spécifiques de CI.
  - Espaces et/ou heures de rendez-vous différenciés pour TB et PVVIH
  - Horaires différenciés si l'espace n'est pas extensible.

#### 2.5 LA PRATIQUE DES SOINS DIFFERENCIÉS HORS FOSA

Tous les cas TB et/ou VIH dépistés en dehors des FOSA (activités intensives ponctuelles, campagnes ciblées avec des équipes/unités mobiles ou par stratégie avancée) devront être référés dans les FOSA les plus proches de leur rayon d'action pour leur enregistrement et notification, avec leurs particularités, ainsi que leur mise en traitement et suivi.



## CHAP. 3: DELIVRANCE DIFFERENCIEE DES MEDICAMENTS

### 3.1 INTRODUCTION

La délivrance des médicaments consiste non seulement à dispenser les traitements aux patients, mais aussi à faire en sorte que les médicaments et autres produits de qualité nécessaires à la prise en charge médicale et thérapeutique soient constamment disponibles.

Les procédures de délivrance différenciées des médicaments peuvent être adaptées aux besoins et aux préférences de certains groupes de patients. Les prestataires de services disposent d'une grande latitude pour imaginer différentes options en fonction du lieu de prestation, de la fréquence des visites et du type de prestataire.

### 3.2 OBJECTIF

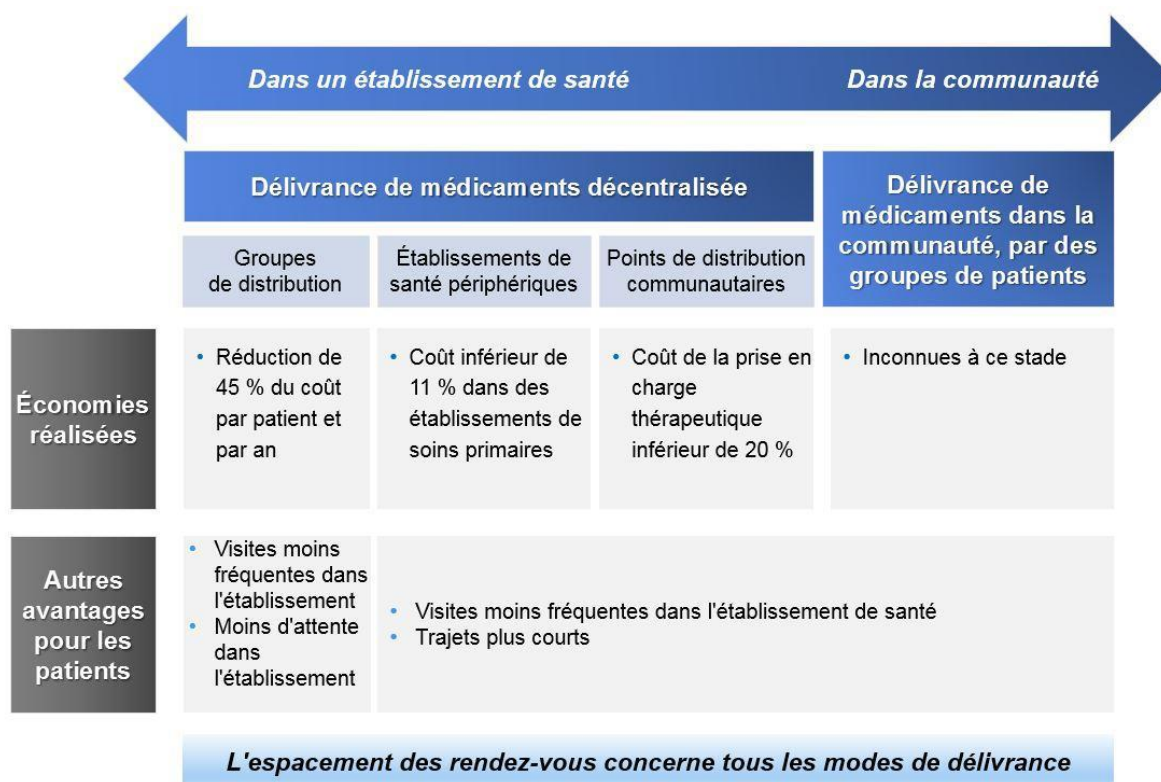
Améliorer l'efficacité et l'acceptabilité des services de délivrance des médicaments ainsi que le recours à ces services, en proposant différentes options aux patients en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.

### 3.3 METHODES DIFFERENCIEES DE DELIVRANCE DES MEDICAMENTS

#### 3.3.1 *Types de délivrance des médicaments dans une FOSA et/ou dans la communauté*

- **Renouvellement rapide des traitements** : les patients se rendent directement à la pharmacie pour renouveler leurs traitements (utile pour les modèles s'appuyant sur une Fosa ou sur la communauté) ;
- **Groupes de distribution basés dans une Fosa** : des pairs conseillers distribuent des médicaments aux membres des groupes (également possible au sein de clubs d'observance basés dans la communauté) ;
- **Délivrance de médicaments décentralisée** dans des Fosa de santé périphériques/de niveau inférieur ;
- **Délivrance de médicaments décentralisée**, assurée par le personnel des Fosa dans les communautés ;
- **Délivrance de médicaments dans la communauté**, assurée par des groupes de patients ou des prestataires non professionnels ;
- **Espacement des rendez-vous** : traitements délivrés pour des périodes plus longues, ce qui permet de réduire la fréquence des consultations médicales (pour les modèles s'appuyant sur la communauté).

## Résumé - Solutions pour une délivrance différenciée des médicaments



### 3.3.2 Les possibilités de délivrance différenciée des médicaments

Elle varie en fonction :

#### a) Du profil des patients dans la FOSA

- La *Composition de la patientèle* (nombre de patients stables sous traitement depuis longtemps par rapport au nombre de nouveaux patients, ...) ;
- Les contraintes personnelles des patients ;
- Nombre de patients qui vivent loin de la FOSA ou pour lesquels le trajet est long ou coûteux.

#### b) Des obstacles auxquels sont confrontés les patients ou les prestataires de services.

- Obstacles en lien avec les patients
  - Obstacles matériels : *distance de la Fosa, conditions de voyage difficiles, faible disponibilité des médicaments* ;
  - Contraintes de temps et de coûts : *éloignement, horaires de travail contraignants, perte de revenu en cas d'absence au travail, temps d'attente trop longs* ;
  - Stigmatisation de la part de la communauté, de la famille ou du prestataire de services : *manque d'intimité, de confidentialité ou de respect* ;
  - Absence d'aide au traitement par des pairs, la communauté ou la famille.
- Obstacles en lien avec les prestataires de services
  - *Nombre élevé de patients* reçus dans la fosa, d'où un engorgement du site et des temps d'attente très longs pour les consultations et à la pharmacie ;

- *Difficultés d'approvisionnement* : pénuries nationales ou locales, problèmes de logistique, problèmes dans la gestion des quantités, des commandes et des stocks ;
  - *Outils et locaux inadaptés* pour conserver les dossiers pharmaceutiques des patients, stocker les médicaments et protéger le stock contre les vols ;
  - *Personnel insuffisant* pour gérer la pharmacie et la fourniture des médicaments.
- **Les possibilités d'adaptation du modèle actuel de prestation des services**

Le modèle de prestation de services doit être la combinaison de trois facteurs, dont chacun peut subir quelques ajustements :

    - ✓ **Les personnes qui dispensent les services** : médecins, personnel infirmier, agents de santé communautaires, patients, pharmaciens ou préposés à la pharmacie ;
    - ✓ **Les lieux où sont dispensés les services** : en divers endroits dans des FOSA (hôpitaux provinciaux, HGR, CSR, CS postes de santé, dispensaires, etc.) ou dans des points de distribution au sein des communautés voire au domicile des patients ;
    - ✓ **La fréquence de fourniture des services** : tous les 3 à 6 mois pour un renouvellement de traitement (en fonction de la durée maximale possible du renouvellement).

*Pour améliorer la satisfaction des patients, les FOSA peuvent jouer sur la fréquence des visites, le type de prestataire ou le lieu de prestation des services. Cela devrait avoir pour effet d'améliorer le maintien des patients dans le système de soins.*

- **Contextes et pertinence de la mise en œuvre de ces modèles de délivrance des médicaments.**
  - Ces modèles conviennent particulièrement à toutes les FOSA qui reçoivent un grand nombre de patients ou des patients venus des régions reculées. Les Fosa très fréquentées, dans lesquels les temps d'attente sont longs, auront tout à gagner des innovations qui visent à réduire l'engorgement des locaux et le temps passé par les patients dans l'établissement.
  - Pour les patients venant de régions reculées, afin de réduire, voire d'éliminer, les frais et le temps de transport pour ces personnes.
  - Dans la communauté le degré de stigmatisation et la présence des réseaux d'entraide doivent être pris en compte ; le personnel devra travailler avec les patients pour comprendre ces facteurs, contribuer à réduire la stigmatisation et utiliser au mieux les réseaux d'entraide en vue d'optimiser l'observance des traitements et le suivi des patients.

### **3.3.3 Les options de délivrance différenciée des médicaments**

#### **a) Espacement des rendez-vous**

Description de la méthode :

- L'espacement des rendez-vous est une méthode qui peut être appliquée dans le cadre d'un mode de délivrance communautaire ou dans la FOSA.
- Le traitement antirétroviral des nouveaux patients diagnostiqués séropositifs est surveillé de très près, ce qui nécessite un rendez-vous par semaine ou toutes les deux semaines selon

les cas. En général, le traitement des patients traités depuis un certain temps et stables est renouvelé pour une période égale à la durée maximale autorisée (trois mois la plupart du temps). Le traitement de la tuberculose fait l'objet d'une surveillance quotidienne pendant la phase intensive, puis hebdomadaire pendant la phase de continuation.

- Les FOSA peuvent proposer des rendez-vous à intervalles différents en fonction du profil des patients. Par exemple, les rendez-vous pourront être espacés différemment selon qu'il s'agit d'une consultation médicale (une fois tous les trois ou six mois) ou d'un renouvellement de traitement. La fréquence des consultations médicales pourra être ramenée à une consultation par an pour les patients séropositifs stables sous traitement antirétroviral depuis plus de 12 mois, dont la charge virale est indétectable et qui respectent correctement les consignes de traitement. Ces patients pourront bénéficier d'une ordonnance renouvelable plus longtemps (par exemple tous les trois mois).
- Pour les patients atteints de la tuberculose, la durée du renouvellement peut être modifiée en fonction du mode de prise en charge thérapeutique. Par exemple, si le patient se rend dans la FOSA pour y suivre un traitement de brève durée sous observation directe (TDO), les médicaments sont alors dispensés quotidiennement. Si le patient opte pour un TDO par un membre de sa famille ou un agent de santé communautaire, les médicaments peuvent être dispensés pour une ou deux semaines (voire plus en phase de continuation, si une nette rémission est notée).

#### **b) Délivrance des médicaments dans les FOSA**

- **Renouvellement accéléré des traitements (circuit rapide)**

- Les prestataires, en fonction de leur habilité à sauter certaines étapes du parcours complet, peuvent adapter le parcours des patients stables en fonction de l'objet de visite de ces derniers.
- L'adaptation du parcours des patients à l'objet de leur visite permet de réduire le temps moyen passé par les patients dans les FOSA et contribue au désengorgement des services.

- **Fourniture des médicaments à des groupes de patients**

- Il s'agit de distribuer des médicaments aux patients qui fréquentent des groupes (clubs d'observance et GCT).
- La participation à ces groupes est proposée à tous les adultes sous TARV depuis au moins 12 mois et considérés stables sur le plan clinique et/ou avec une charge virale indétectable.
- En permettant de déléguer les consultations et la distribution des médicaments pour les patients stables au personnel non médical (par exemple les pairs éducateurs), les groupes d'observance contribuent à désengorger les établissements
- Des expériences similaires existent dans la lutte contre la TB, où des patients d'une cohorte peuvent se solidariser pour l'observance du traitement et le rappel des RDV aux FOSA, mais habituellement chaque patient est responsable d'aller récupérer ses médicaments, ou parfois avec l'accompagnement d'un prestataire communautaire (ancien patient TB, parrain, ambassadeur, etc.). Ces expériences devraient être discutées et consolidées sur le terrain, surtout si le patient est Co-infecté TB-VIH.

### **c) Délivrance décentralisée des médicaments**

Deux possibilités sont exploitées qui permettent de délivrer des médicaments – sous la supervision du personnel médical - en dehors des FOSA, au plus près des patients :

- ✓ La première consiste à s'appuyer sur des Fosa périphériques existants.
- ✓ La seconde consiste à mettre en place des points de distribution communautaires.

#### **• Délivrance décentralisée des médicaments dans des Fosa périphériques**

- Les HGR, CSR et CS à grand volume de patients peuvent décentraliser la prise en charge médicale et thérapeutique des patients dans des Postes de Santé. Ces derniers redirigent les patients vers l'établissement de niveau supérieur en cas de complications.
- La décentralisation de la délivrance des médicaments nécessite un surcroît de logistique et de formation. Ce modèle n'a donc de sens que s'il s'adresse à un nombre minimal de patients (moins de 50 patients)
- Ce nombre varie en fonction du contexte et de la prévalence. Les sites doivent donc procéder à une étude avant de prévoir une décentralisation de la délivrance des traitements.

#### **• Délivrance décentralisée des médicaments dans les communautés, assurée par le personnel des FOSA**

- Une délivrance des médicaments par un personnel de FOSA au plus près des patients peut également se faire à travers des points de distribution communautaires.
- Les patients se rendent tous les trois mois au point de distribution pour renouveler leurs traitements, et tous les six ou douze mois dans l'établissement de santé pour y faire des examens. Il est également possible de faciliter ces examens en prélevant les échantillons sanguins au niveau du point de distribution avant de les acheminer au laboratoire de l'établissement où ils seront analysés.

### Les options de délivrance différenciée des médicaments

Lieu	Patients	Caractéristiques	Périodicité de renouvellement	Rendez-vous à la FOSA
FOSA	PVVIH	En bon état de santé apparent	Mensuelle	
		Sida avancé (stade III et IV)	Journalière (hospitalisation)	
		Stables	Trimestrielle ou semestrielle	
		Instables	Mensuelle	
	Tuberculeux	Phase intensive	Journalière	
		Phase de continuation (TB simple)	Chaque 2 semaines avec TDO communautaire	
		Phase de continuation (TB compliqué)	Journalière (hospitalisation)	
	Co-infecté VIH/TB	Pour le VIH	Mensuelle	
Pour la TB		Cfr. Supra		
Communauté	PVVIH	Stables	Mensuelle (GCT) et trimestrielle (PODI et CO)	6 à 12 mois
	Tuberculeux	Phase de continuation (TB simple)	Chaque 2 semaines (TDO communautaire)	15 jours
	Co-infecté VIH/TB			

### **3.4 APPROVISIONNEMENTS DES INTRANTS DANS UN CONTEXTE DES MODELES DES SERVICES DIFFERENCIES**

Dans le contexte des modèles de services différenciés, il est à noter que les différentes étapes du cycle logistique devront être respectées.

Seule la distribution des médicaments et autres intrants va concerner les différentes options d'offre des services différenciés. Il est à noter que tous les modèles d'offre des services différenciés se retrouvent dans un des points décrits ci-dessous dans le cadre des approvisionnements en médicaments et autres intrants.

#### **a) Approvisionner le PODI**

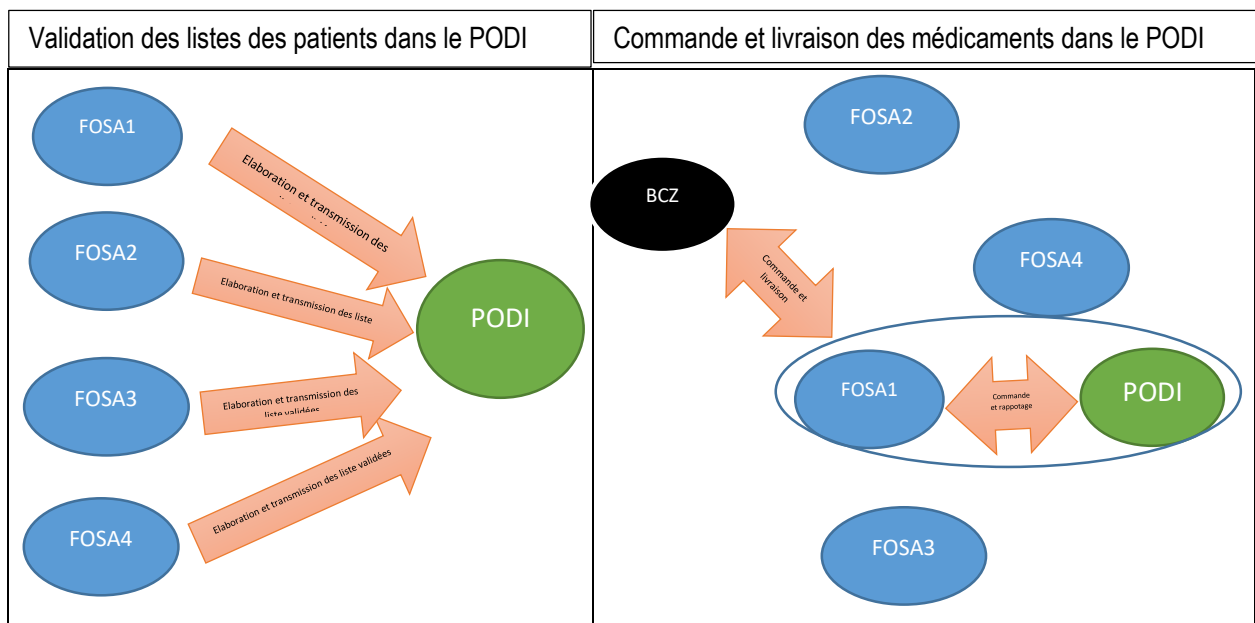
Dans le contexte de la RDC, le PODI s'aligne sur une approche Zonale (liée à la ZS). Par voie de conséquence, ce dernier est alimenté uniquement par les PVVIH stables provenant de plusieurs FOSA de la ZS, bien que certains PODI desservent plus d'une zone de santé dans certaines provinces. Toutefois, pour le programme, le PODI devra rester dans une configuration zonale.

Il est à noter que l'approvisionnement de la ZS en RDC est assuré par la CDR. Etant donné que la ZS élabore une commande trimestrielle, le pharmacien de la ZS devra être renforcé sur l'élaboration de sa commande des médicaments et autres intrants dans un contexte de l'offre des services différenciés.

Ainsi, pour son approvisionnement les étapes suivantes devront être respectées :

- Etablissement de la liste codifiée des patients affectés dans le PODI par les FOSA de provenance ;
- Signature de chaque liste de la FOSA par son responsable et le chargé de gestion logistique (DCP) du PODI ;
- Transmission de la liste codifiée des patients affectés dans le PODI à l'IT de la FOSA, responsable de l'aire de santé et au chargé de gestion logistique (DCP) du PODI ;
- Elaboration de bon de commande par l'IT de la FOSA contresignée par le chargé de gestion logistique (DCP) du PODI ;
- Transmission par l'IT de la commande au BCZS ;
- Livraison des médicaments et autres intrants à la FOSA de responsabilité ;
- Retrait des médicaments et autres intrants par le chargé de gestion logistique (DCP) du PODI ;
- Dispensation des médicaments assurée par les acteurs du PODI selon la liste et le régime des patients ;

NB : L'actualisation des listes des patients par FOSA pour le PODI se fera à un rythme mensuel et les différents outils adaptés pour la gestion des médicaments et autres intrants seront utilisés.

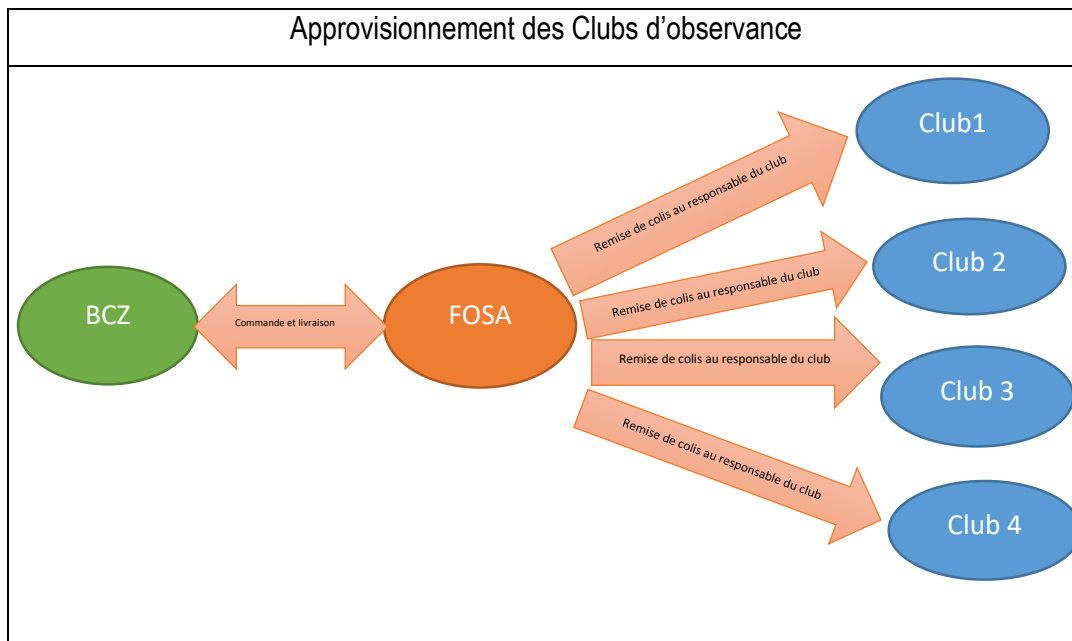


### Approvisionner les Clubs d'observance

Ce modèle différencié est directement rattaché à la FOSA et peut s'organiser dans la FOSA ou dans la communauté. Ainsi, son approvisionnement se fera de la manière suivante :

- Elaboration des listes des patients affectés dans différents Clubs avec leur régime de traitement ;
- Estimation du nombre des mois d'approvisionnement par patient ;
- Elaboration de la commande de la FOSA y compris les autres patients suivis ;
- Transmission du bon de commande au BCZS ;
- Livraison des médicaments à la FOSA par le BCZS ;
- Constitution des colis à remettre aux différents responsables des Clubs par l'IT ou le responsable de la FOSA en fonction de la liste élaborée ;
- Retrait trimestriel des médicaments par les responsables de clubs pour en assurer la délivrance aux membres ;
- Soumission du rapport de consommation à l'IT de la FOSA à la fin de l'activité.

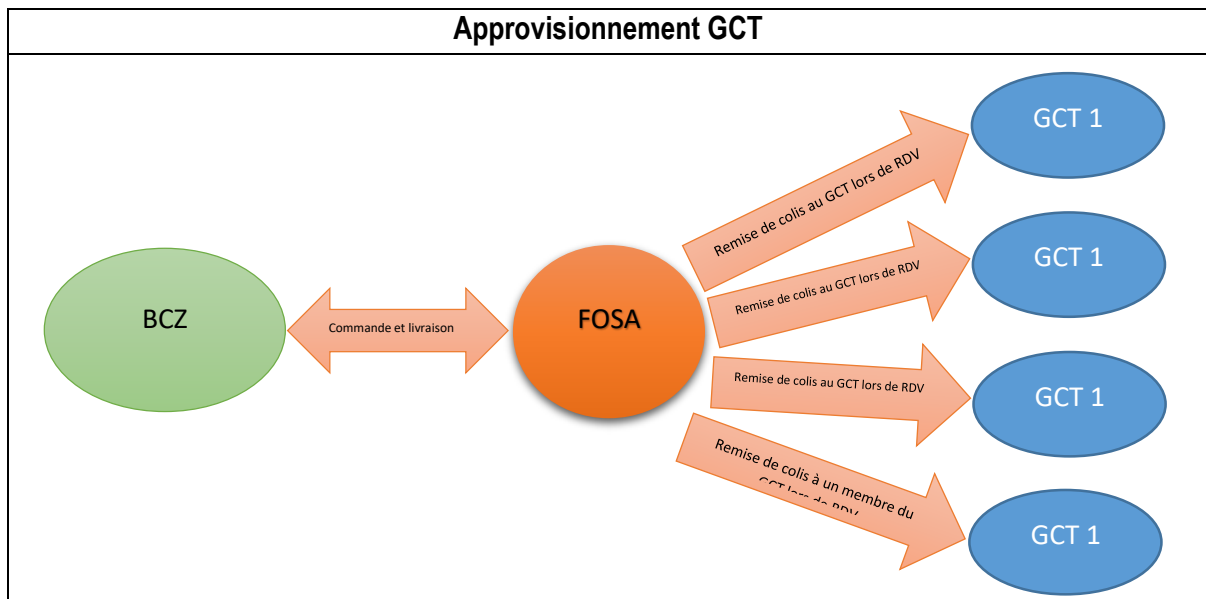




### b) Approvisionnement du groupe communautaire TAR (GCT)

Ce modèle est organisé dans la communauté. Ci-dessous les différentes phases pour son approvisionnement :

- Elaboration des listes codifiées des patients affectés dans différents GCT avec leur régime de traitement ;  
NB : Cette liste est élaborée sur base du contenu des variables présentes dans le registre de dispensation et servira également du rapport journalier à la fin de l'activité ;
- Estimation du nombre des mois d'approvisionnement par patient;
- Elaboration de la commande de la FOSA y compris les autres patients suivis ;
- Transmission du bon de commande au BCZS ;
- Livraison des médicaments à la FOSA par le BCZS ;
- Constitution des colis à remettre aux patients désignés par le groupe selon leur visite médicale en fonction de la liste élaborée ;
- Retrait trimestriel des médicaments par les membres désignés du groupe ;
- Délivrance des médicaments par les patients experts des groupes ;
- Soumission du rapport de consommation au prochain retrait.



### c) Approvisionnement des sites pour les patients Co-infectés

- Dans le cadre de la prise en charge des patients Co-infectés VIH/TB, le pays a développé deux modèles d'offre des services différenciés : le modèle intégrateur (Guichet unique) et le modèle collaboratif.
- Dans le modèle intégrateur l'approvisionnement suit le circuit classique de la FOSA quant à ce qui concerne les ARV et les Anti-TB. Il en est de même pour le modèle collaboratif intégré dans lequel les prestataires ont les capacités de prendre en charge les deux pathologies.

Il est souhaitable que la gestion des médicaments se fasse à la pharmacie de façon quotidienne. Les responsables des services VIH et TB émettent des réquisitions journalières en fonction des besoins des malades.

- Dans le modèle collaboratif, le système de référence et de contre référence va permettre le continuum de soins et la délivrance des médicaments se fera à la FOSA initiale. Une exception sera faite pour les CSDT ou CST sans paquet VIH intégré. Ici le malade devra être orienté dans une FOSA de prise en charge du VIH pour poursuivre son traitement anti rétroviral à la fin de son traitement contre la tuberculose.

Cette partie sera développée en détail dans la section « Guichet unique ».

## **Section III. DEVELOPPEMENT DU GUICHET UNIQUE TB/VIH OU ONE STOP SHOP FOR TB/HIV SERVICES**

### **III.1. INTRODUCTION**

L'infection par le VIH reste le principal facteur de risque de développer la tuberculose (TB), tandis que la TB est la principale cause de décès chez les PVVIH.

Malgré le taux élevé de la coïnfection TB/VIH en RDC, dans la majorité des cas et voire au sein d'une même FOSA, ces patients sont traités séparément. Les patients TB avec présomption du VIH sont orientés vers le service de prise en charge du VIH et inversement.

Le modèle actuel de prise en charge a montré ses limites dans plusieurs aspects :

#### **a) Du point de vue de l'offre de services :**

- Couverture inadéquate de service : en terme des zones de santé, la couverture est totale pour la TB (516 ZS) et partielle pour le VIH (407 ZS). Ainsi donc, 109 ZS sur les 516 n'ont pas encore intégré le paquet VIH ;
- Certains CSDT avec grande charge de la tuberculose et ceux de milieux carcéraux n'ont pas encore intégré le paquet VIH ;
- Faible disponibilité de certains intrants pour la prise de la coïnfection (Tests VIH, INH, ARV) avec des circuits d'approvisionnement différents selon les PR et PTF ;
- Faible couverture en GeneXpert et point of care pour le suivi des Patients Co-infectés VIH/TB.

#### **b) Du point de vue de la demande des soins :**

- Faible implication de la communauté : Système moins structuré, fragmenté et inefficace pour la promotion de soins liés au VIH, à la TB et à la coïnfection ;
- Inaccessibilité aux services liée à la persistance de certaines barrières socioculturelles et économiques (coût élevé des certains examens para cliniques, absence des mutuelles de santé, frais de suivi, recours aux tradi-praticiens et leaders religieux, etc.) ;
- Problèmes socio-culturels et faible protection sociale des patients manifestée par la stigmatisation et de la discrimination.

#### **c) Du point de vue de la qualité des soins :**

- Faible application des directives sur la prise en charge de la coïnfection VIH/TB par les prestataires (stratégies novatrices : index testing et autres)
- Faible application des mesures de contrôle de l'infection
- Infrastructures incommodes concernant les mesures de contrôle de l'infection TB dans les FOSA;
- Faible suivi de l'adhérence au traitement TB et VIH avec risque de survenue de résistances.
- Faible fonctionnalité du système de référence et contre référence.
- Existence de plusieurs portes, avec une faible collaboration entre les deux services entraînant un circuit long du patient, horaire non adapté et perte de certaines informations liées à la circulation des patients dans la FOSA,
- Insuffisance de formation sur la prise en charge du VIH chez les prestataires prenant en charge la TB et vice versa.

Ces faiblesses dans le processus de l'offre des services et soins de la prise en charge de la coïnfection VIH/TB dans nos FOSA ont pour conséquences les contre-performances programmatiques telles que :

- La faible proportion de tests VIH réalisés chez les patients TB (64%) compromettant l'identification des PVVIH dans ce groupe ;
- La faible recherche active de la TB chez les PVVIH (57%) entravant la détection précoce de la TB;
- La faible proportion des PVVIH bénéficiant la chimio prophylaxie à l'INH ;
- La faible proportion des patients Tuberculeux co-infectés par le VIH mis sous TARV dans le délai ;
- La faible proportion des PVVIH Co-infectés par la Tuberculose mis sous antituberculeux dans le délai avec risque de compromettre leur pronostic vital.

Ainsi, cette situation entraîne une limitation à l'accès aux services et soins préventifs avec une augmentation des décès des patients Co-infectés VIH/TB.

Pour remédier à cette situation, le pays recommande une application stricte des directives de l'OMS en matière de collaboration pour la lutte contre les 2 maladies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en mettant en œuvre des stratégies opérationnelles efficaces au niveau des ZS et/ou FOSA.

#### **d) Recommandations d'adaptation des modèles de prestation des services pour maximiser l'offre du paquet VIH/TB aux patients dans le besoin**

La RDC recommande l'intégration des services de prise en charge de la coïnfection en tenant compte de spécificité de chaque FOSA et cela sous l'accompagnement des ECZ, avec les conseils des MCP/BPC et CPLT.

De manière opérationnelle, les autorités médico-sanitaires de la DPS veilleront à ce que les ECZ et les prestataires puissent :

- Etendre le dépistage et l'accès aux soins du VIH à tous les centres de traitement de la tuberculose (CSDT et CST) ;
- Intégrer la recherche active et systématique de la TB à toutes les PVVIH pour assurer le dépistage précoce de cette maladie ;
- Etendre l'accès aux Antituberculeux et la chimio prophylaxie à l'INH dans les sites de prise en charge du VIH ;
- Administrer systématiquement la prophylaxie contre la TB chez toutes les PVVIH après exclusion de la TB ;
- Intégrer et impliquer fortement les organisations communautaires pour renforcer le lien entre les sites cliniques et la communauté dans la lutte contre la coïnfection VIH/TB.

### **III.2. STRATEGIES ET MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE**

#### **III.2.1. Renforcer la collaboration entre les acteurs de prise en charge de la TB et du VIH : Modèle collaboratif :**

- Etendre le dépistage et l'accès aux soins du VIH à tous les centres de traitement de la TB (CSDT et CST);
- Rechercher systématiquement la TB chez les PVVIH dans les services de prise en charge du VIH.

### **III.2.2. Intégrer les activités de la PEC de la TB et du VIH afin de traiter le patient TB/VIH : Modèle Intégrateur :**

- Dans la même FOSA
- Par le même personnel

Le modèle de l'approche « guichet unique TB/VIH » ou « One Stop Shop » proposé par l'OMS et le Fonds mondial préconise que les patients Co-infectés soient gérés pour deux infections à la même clinique, par le(s) même(s) prestataire(s) et en même temps.

Ce modèle est une stratégie importante pour contribuer à la réalisation des objectifs de traitement de l'ONUSIDA 90-90-90, notamment en augmentant le nombre de patients TB testés pour le VIH (premier 90) et le nombre de patients TB Co-infectés avec le VIH qui reçoivent les ARV (deuxième 90).

Dans notre contexte, le choix d'un modèle de guichet unique (collaboratif ou intégrateur) dépendra d'une structure à une autre, selon le contexte local. Ce choix nécessitera un état des lieux minutieux qui devra tenir compte de :

- la disponibilité des nouveaux schémas thérapeutiques plus courts et de la prophylaxie à l'INH ;
- les compétences des prestataires dans la gestion des effets indésirables des ARV, anti tuberculeux, et autres médicaments utilisés pour lutter contre le VIH et la TB et du Syndrome de Reconstitution Immunitaire ;
- la capacité d'administrer la prophylaxie à l'INH et la prophylaxie au Cotrimoxazole ainsi que la gestion de leurs effets indésirables ;
- les compétences des prestataires dans le remplissage adéquat des fiches, registres des patients et canevas de rapportage VIH et/ou TB ;
- Conditions minimales des mesures de contrôle de l'infection (locaux spacieux, disposition des fenêtres pour une bonne aération et circulation de l'air, horaires différenciés ou espaces différenciés, les autres mesures administratives, environnementales et de protection individuelle...).

Une fiche pour cet état des lieux est disponible en annexe.

Toutefois, quel que soit le modèle choisi, les prestataires du service « one stop shop TB/HIV » nécessite une formation dans la coinfection TB/VIH qui leur permettra de réaliser :

- Un counseling pré test du VIH ;
- Un prélèvement de l'échantillon pour le test VIH;
- Une réalisation de test de dépistage du VIH, selon l'algorithme en vigueur ;
- Un counseling post test du VIH ;
- Un prélèvement pour le CD4, la charge virale du VIH et autres examens éventuel ;
- Une identification des patients présumés TB ;
- Un bon de demande d'examen de confirmation TB (Ziehl, GeneXpert, TB Lam, ...) ;
- Des conseils en guidant les différents prélèvements des spécimens dans le cadre du diagnostic TB (crachat, ...);
- Une prescription des ARV et les anti-TB de première intention ;
- Une découverte et gestion des effets indésirables des ARV et des anti-TB ;

- Un remplissage des dossiers VIH et/ou TB et un enregistrement des cas VIH et/ou TB ainsi que tous les autres supports de collecte et de centralisation;
- Une administration du traitement prophylactique au Cotrimoxazole ;
- Une administration du traitement prophylactique à l'INH ;
- Une évaluation du patient.
- Une élaboration du rapport mensuel VIH et/ ou trimestriel TB.

### **III.3. DESCRIPTION DE CES DEUX MODELES DE G.U. ET LEUR FONCTIONNEMENT**

#### **III.3.1. LES MODELES COLLABORATIFS**

##### **III.3.1.1. PORTE TB :**

Etendre le dépistage et l'accès aux soins du VIH à tous les CSDT et CST.

##### **a) Importance du diagnostic de l'infection au VIH dans les services TB**

La connaissance du statut sérologique d'une personne vis-à-vis du VIH est le point d'entrée pour les soins et le traitement du VIH.

Un accès rapide aux soins du VIH, y compris au TARV, accroît la survie des PVVIH et des patients tuberculeux infectés par le VIH et améliore les résultats du traitement antituberculeux.

Etendre le dépistage et l'accès aux soins du VIH à tous les CSDT et CST aura pour objet de réduire la charge du VIH chez les patients tuberculeux.

Ainsi, dans le modèle collaboratif du guichet unique des services TB/VIH, porte TB, il est recommandé aux prestataires de :

- Connaître les liens qui existent entre la TB et le VIH ;
- Procéder au conseil et au test de dépistage sur le VIH (DCIP) aux personnes présentant des symptômes évoquant la TB ;
- Envisager le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, leurs conjoints, les autres partenaires sexuels et leurs enfants ;
- Orienter vers des services de prise en charge du VIH, les personnes présumées TB qui se révéleront indemnes, mais dont le test VIH sera positif ;
- Instaurer le TARV chez les patients Co-infectés TB/VIH ;
- Instaurer le TARV chez tous les patients TB/VIH ;
- Assurer la divulgation du statut sérologique VIH aux patients TB/VIH ;
- Instaurer un traitement préventif au CTX chez les patients Co-infectés TB/VIH ;
- Promouvoir le comportement sexuel à moindre risque ;
- Assurer le dépistage des IST et la prise en charge syndromique doivent être fournis à tous les patients TB conformément aux directives nationales du PNLS ;
- Assurer la protection de la vie privée des patients.

Les FOSA où existe le guichet unique, porte TB, doivent :

- Mettre en œuvre les mesures de contrôle de l'infection (procédures de réduction de l'exposition professionnelle et nosocomiale de l'infection à VIH) ;
- Mettre à disposition les directives nationales sur le contrôle de l'infection.

#### **b) Instauration du TARV chez les patients TB/VIH**

- **Etapes d'instauration du TARV chez les patients TB/VIH :**

- Evaluer le stade clinique de l'infection par le VIH chez les patients Co-infectés (III ou IV) ;
- Traiter les autres maladies opportunistes existantes : pneumonie, diarrhée, candidose,... ;
- Conseiller les patients et les accompagnateurs sur le TARV, les symptômes des effets indésirables possibles du traitement, y compris l'IRIS, la façon de prendre les médicaments et l'importance de les prendre régulièrement afin de prévenir le développement de la résistance médicamenteuse ;
- Instaurer le TARV environ deux semaines après le début du traitement antituberculeux ;
- Respecter les directives nationales du PNLS en matière de la prescription des ARV.

- **Qui doit prescrire le TARV aux patients TB/VIH dans un service TB ?**

- Un médecin formé,
- Un infirmier formé, par délégation des tâches, peut instaurer le TARV de première ligne.

**NB :** L'IRIS, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables des médicaments, les substitutions des médicaments et le passage en deuxième ligne seront pris en charge sous la responsabilité d'un médecin expérimenté en la matière.

#### **c) Lieu de dispensation du TARV chez un patient TB/VIH**

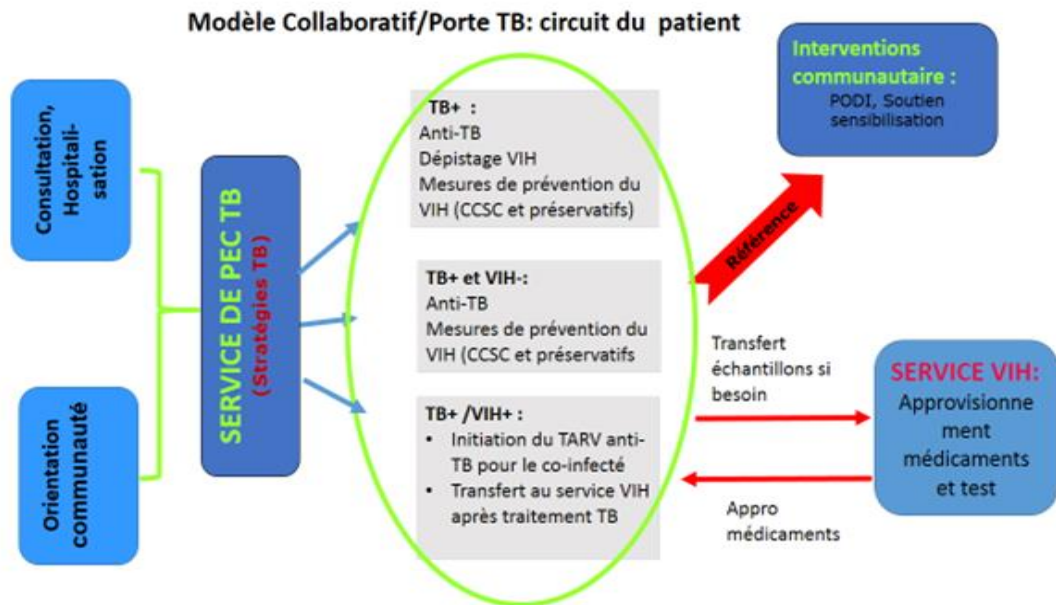
- **Le CSDT et CST :**

Dans le but de diminuer le risque d'interruption de traitement et de déperdition des patients au cours du suivi, il convient d'organiser les services afin de veiller à ce que les patients VIH/TB devant poursuivre leurs soins pour le VIH, puissent le faire facilement au terme de leur traitement antituberculeux.

Ceci requiert une bonne communication/collaboration entre les unités TB et VIH, les patients et leurs accompagnateurs. Aussi, il est important de contrôler le système d'orientation des patients afin qu'ils puissent accéder aux FOSA vers lesquelles ils sont transférés.

- **Le service de prise en charge du VIH :**

Si le service de TB ne dispose pas d'un prestataire formé ou capable de prescrire les ARV, le patient TB/VIH sera référé dans un service ou unité VIH pour la prescription et dispensation des ARV avec gestion conjointe du patient par les deux équipes. Après le traitement anti-TB, le patient sera transféré dans l'unité VIH pour continuer le suivi TARV et autres soins.



### III.3.1.2. PORTE VIH : ASSURER LE DEPISTAGE PRECOCE DE LA TB CHEZ LES PVVIH DANS LES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DU VIH

#### a) Importance du diagnostic de la TB chez les PVVIH

Sans traitement, l'infection par le VIH entraîne la destruction des mécanismes de défense immunitaire de l'organisme. Par conséquent, les PVVIH contractent des infections sévères et souvent fatales (IO).

Le dépistage précoce ou la recherche active et systématique de la TB chez les PVVIH permet de réduire la charge de la TB chez les patients VIH. Cependant, il faut insister sur les mesures de contrôle de l'infection et l'administration de l'INH chez les PVVIH après exclusion de la TB.

- **Intensification du dépistage de la TB dans la réduction de la charge de la TB chez les PVVIH**

- La TB peut apparaître à tous les stades de l'infection par le VIH. Son tableau clinique dépend de l'importance de la destruction des mécanismes de défense immunitaire de l'organisme ; ainsi, les symptômes et les signes évocateurs de la TB diffèrent selon que la personne se situe à un stade précoce ou avancé de l'infection par le VIH.
- Cet élément complique la recherche active de la TB chez les PVVIH : certains présentent des symptômes « classiques » similaires à ceux des personnes séronégatives pour le VIH présumés tuberculeux, et d'autres peuvent présenter des symptômes atypiques ou n'ont presque pas de symptômes.
- L'intensification du dépistage de la TB est une activité qui se concentre sur la recherche systématique de cas de TB dans des groupes spécifiques de personnes plus susceptibles d'être atteintes de TB que la population générale.  
Parmi ces groupes figurent les PVVIH et les enfants de moins de cinq ans qui ont été en contact avec des patients souffrant de TB contagieuse.



Dans la mesure où la TB constitue l'IO la plus fréquente et la cause principale de décès chez les PVVIH, il est **recommandé aux prestataires** de :

- Prévenir l'infection TB chez les PVVIH :
  - ✓ La recherche active des contacts (visite à domicile pour le dépistage TB des contacts familiaux à l'aide d'un check list)
  - ✓ Le contrôle de l'infection dans les milieux à haut risque (FOSA, prisons, lieux de travail, les églises, les pensions, les orphelinats, hôpitaux psychiatrique ...).
- Rechercher systématiquement la TB chez les patients VIH lors de tout contact avec les services de santé. Cette recherche active et systématique de la Tuberculose chez les PVVIH doit se réaliser en routine dans les FOSA et/ou dans la communauté avec les procédures suivantes :
  - Cibler toutes les PVVIH ne développant pas la TB active
  - Screener la Tuberculose à chaque visite médicale
  - Utiliser la fiche de screening TB, la fiche de suivi des patients et le canevas de rapportage
  - Respecter les techniques suivantes :
    - ✓ Pour les enfants, recueillir auprès du tuteur ou de l'accompagnant des informations plus poussées sur les symptômes présents en rapport avec : type et fréquence de la toux, courbe de poids, contact possible avec des personnes atteintes de TB.
    - ✓ Pour les adultes et adolescents, demander s'ils éprouvent un des symptômes majeurs ci-dessous : toux, fièvre, perte de poids et sueurs nocturnes...
- Procéder à la recherche des contacts de patients tuberculeux (surtout les enfants en contact avec un cas index, qu'ils soient infectés par le VIH ou pas) ;
- Réaliser un test de dépistage du VIH chez tous les enfants si le cas index de TB est un parent infecté par le VIH ;
- Réaliser les examens chez les enfants présentant des symptômes afin de rechercher une TB active ;
- Administrer la prophylaxie à l'INH (TPI), les enfants de moins de cinq ans ou plus infectés par le VIH, mais ne présentant ni symptômes ni signes cliniques de TB, pour une durée de traitement d'au moins 6 mois ;
- Administrer l'INH chez toutes les PVVIH après exclusion de la TB active ;
- Remplir correctement le bon d'examen pour le diagnostic de la TB ;
- Offrir le test de diagnostic rapide chez toutes les PVVIH qui sont présumés TB (GeneXpert MTB/Rif, RX, Ziehl, ou TB Lam) ;
- Administrer les anti-TB à toutes les PVVIH Co-infectés par la TB conformément aux directives du PNLT.

Chez toute PVVIH enfant ou adulte ayant un ou plusieurs symptômes suggestifs de la TB ci- haut énumérés lors du screening, il faut prélever 2 échantillons de crachat pour analyse avec le GeneXpert si disponible. Dans le cas contraire réaliser cet examen sur crachat par Ziehl Nielsen par microscopie.

Si la PVVIH est au stade du Sida avancé, recueillir ses urines pour la recherche de la TB par la méthode de TB LAM si disponible.

- Conduite à tenir en fonction des résultats :

Résultat	Examen*			Conduite à tenir
	Ziehl	GeneXpert	TB-Lam (CD ≤100 cellules/ml)	
Résultat 1	+	+	+	Traitement antituberculeux (TB+)
Résultat 2	+	+	-	Traitement antituberculeux (TB+)
Résultat 3	+	-	-	Traitement antituberculeux (TB+)
Résultat 4	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, persistance de symptôme malgré une antibiothérapie contre les germes banaux, faire RX et biologie inflammatoire : si suggestives, administrer le traitement antituberculeux (TB/C)</li> <li>• Si, asymptomatique, administrer l'INH</li> </ul>

(\*) Les trois examens ne sont pas à faire systématiquement, ils seront faits en fonction de leur disponibilité et des caractéristiques des patients. Si l'un de ces trois examens est disponible dans la FOSA et il revient positif, considérer que le patient est TB+.

Documenter tous les examens réalisés et leurs résultats ainsi que les médicaments prescrits sur les fiches et registres des patients.

- Pour les FOSA et autres établissements :

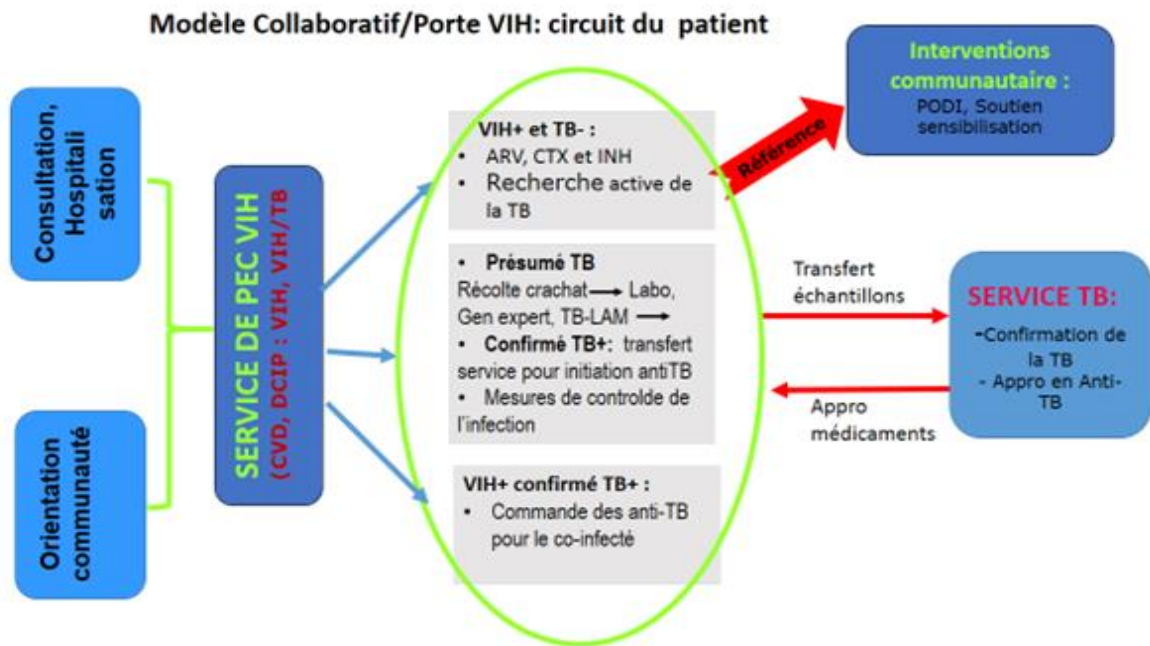
- Assurer le contrôle de l'infection TB pour les PVVIH et leur personnel de santé en suivant la Politique nationale de prévention et de contrôle des infections ;
- Proposer des examens médicaux (au moins une fois par an), y compris la radiographie du thorax et le Ziehl à tous les prestataires des services TB et VIH dans le cadre de la recherche de la TB chez le personnel de santé ;
- Elaborer plan de prévention et des mesures de contrôle de l'infection comprenant : des mesures de gestion, administratives, environnementales et de protection personnelle pour réduire la transmission de la TB et du VIH ;
- Mettre en place un système de surveillance de la TB et du VIH chez les prestataires des soins. Ceux qui seront diagnostiqués TB, devront subir un test de sensibilité aux médicaments (DST) pour confirmer l'état de la maladie et obtenir les meilleurs soins possibles.

- **Prescripteurs des anti-TB chez patients VIH/TB dans un service VIH**

- Un médecin formé,
- Un infirmier formé, par délégation des tâches, peut instaurer le traitement anti-TB et assurer le TDO.

- **Lieu de dispensation des anti-TB chez les patients VIH/TB**

- **Le service de prise en charge du VIH :**
- **Le centre de diagnostic et de traitement de la TB :**



### III.3.2. LE MODELE INTEGRATEUR OU SERVICES INTEGRES VIH/TB

#### III.3.2.1. Introduction

Le fonctionnement du **One stop shop**, approche totalement intégrée des soins de la coïnfection TB-VIH, où le même soignant fournit sous le même toit tous les services TB-VIH aux patients tuberculeux.

Il a pour avantage de restreindre le nombre de rendez-vous des patients Co-infectés, de réduire l'exposition des PVVIH à la tuberculose et d'améliorer la qualité des soins des patients.

#### **Les services intégrés TB-VIH de Guichet Unique :**

Dans ce modèle intégré, les patients n'ont pas besoin de quitter le service/ FOSA où ils sont sous TARV s'ils développent une TB, ni de se présenter en tant que patients tuberculeux dans une nouvelle FOSA ou service alors qu'ils reçoivent un TARV ailleurs.

La TB et le VIH sont deux maladies qui touchent un même individu.

La mise en place des services intégrés en matière de TB-VIH, nécessite de **former toute l'équipe de santé à la prise en charge des patients Co-infectés.**

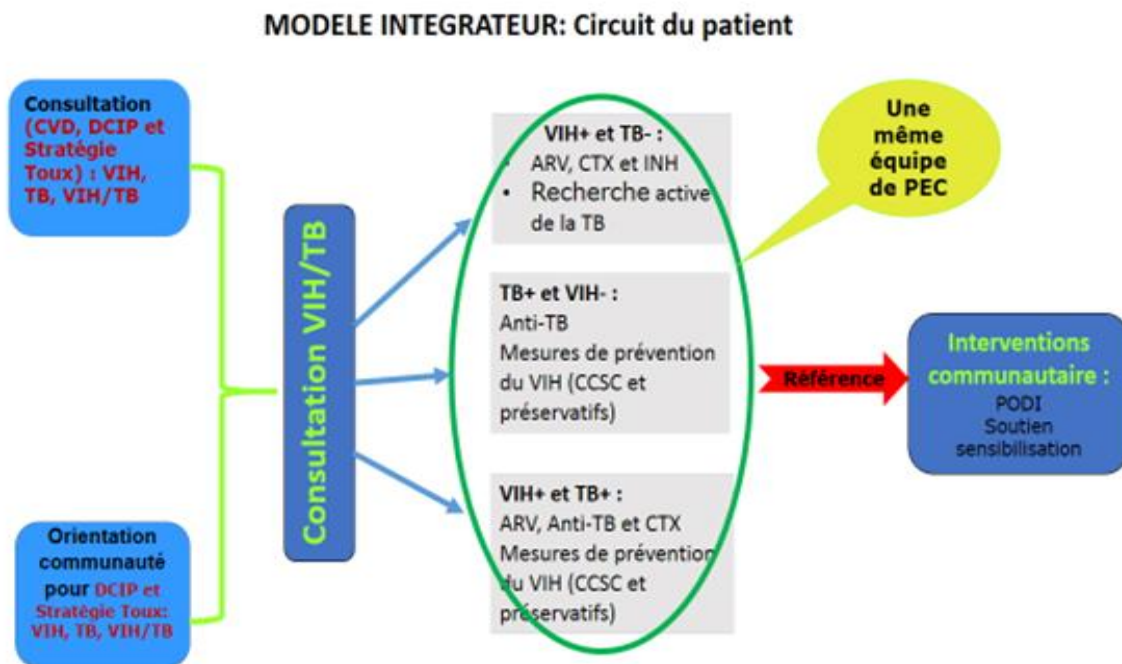
La façon d'organiser au mieux la formation dépend du contexte, du nombre de membres du personnel concernés et des ressources disponibles.

Les organes de coordination TB-VIH étudient la possibilité de réaliser une supervision conjointe.

### III.3.2.2. Paquet d'activités

Soins centrés sur le patient Services TB et VIH au même moment et au même endroit		
Services TB	Services VIH	Services SMNE (eTME)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement TB</li> <li>- Dépistage du VIH</li> <li>- Prophylaxie au Cotrimoxazole</li> <li>- Traitement ART</li> <li>- Mesures de contrôle de l'infection</li> <li>- TPI pour HIV+</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement ARV</li> <li>- Prophylaxie au Cotrimoxazole</li> <li>- TPI pour HIV+</li> <li>- Mesures de contrôle de l'infection</li> <li>- Screening TB and diagnostic</li> <li>- Traitement anti-TB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PF pour les femmes HIV+, TB et HIV/TB</li> <li>- Dépistage du VIH</li> <li>- Prophylaxie au CTX</li> <li>- TPI pour VIH+</li> <li>- Traitement ARV</li> <li>- Mesures de contrôle de l'infection</li> <li>- Screening TB and diagnostic</li> <li>- Traitement anti-TB</li> </ul>
<p align="center"><b>Une seule équipe des soins Prestataires formés pour prendre en charge la TB et le VIH</b></p>		

### III.3.2.3. Circuit du Patient



### III.3.2.4. Avantages et inconvénients des services intégrés et non intégrés en matière de TB/VIH

AVANTAGES	INCONVENIENTS
<p><b>Les patients reçoivent des soins complets :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Une seule visite est suffisante :</li> <li>✓ Tous les tests nécessaires peuvent être menés ;</li> <li>✓ Les résultats sont disponibles pour les patients et les soignants, ils sont enregistrés dans un seul dossier patient ;</li> <li>✓ Tous les médicaments sont délivrés</li> <li>✓ Aucun risque de patients perdus de vue au cours du suivi</li> <li>✓ Temps d'attente plus court</li> <li>✓ Un seul prestataire : simplification du diagnostic et de la prise en charge des EIM et des IRIS</li> <li>✓ Meilleure communication avec le patient, meilleur soutien en faveur de l'observance du traitement</li> <li>✓ Aucune orientation nécessaire : Acceptation élevée du CTX et du TARV et Morbidité et mortalité plus faible.</li> </ul>	<p>Le modèle intégrateur nécessite une gestion du changement :</p> <p><b>Coordination et collaboration entre les services antituberculeux et anti-VIH</b>, en particulier aux niveaux, national et régional/provincial des soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si prévalence élevée du VIH, les soins du sida et le TARV à vie peuvent saturer les services antituberculeux</li> </ul>
<p><b>Services de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Moins de ressources doivent être consacrées à la gestion des orientations.</li> <li>✓ Dossiers des patients et registres intégrés disponibles dans un seul établissement.</li> <li>✓ Satisfaction professionnelle du soignant : il peut suivre les patients au fil du temps</li> </ul>	<p><b>S'assurer que la maîtrise de l'infection tuberculeuse constitue une priorité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Des zones d'attente adaptées et spacieuses et des salles bien ventilées et lumineuses sont nécessaires</li> <li>✓ Nécessité d'une politique et de procédures de maîtrise de l'infection, ainsi que d'une formation et d'une supervision du personnel</li> <li>✓ Les agents de santé doivent avoir reçu une « <b>formation transversale</b> » ou être « <b>polyvalents</b> » et connaître les bases de la prise en charge de l'infection tuberculeuse et de l'infection à VIH</li> </ul>

Les patients ne s'adressent qu'à un seul service, ce qui permet une meilleure synchronisation des traitements, une meilleure réactivité par rapport aux incompatibilités de médicaments et effets secondaires et de manière générale un meilleur suivi.

### III.3.3. CONTINUITÉ DES SOINS DANS LE MODÈLE GUICHET UNIQUE

Il est nécessaire de définir le circuit du patient une fois entré dans la FOSA. Ce circuit doit être assez court pour permettre au patient de bénéficier de la prise en charge complète et de qualité dans un délai acceptable. Le modèle intégrateur n'a qu'un seul circuit et le modèle collaboratif a deux circuits selon la porte d'entrée initiale du patient dans la FOSA (patient au départ dépisté TB ou PVVIH).

#### III.3.3.1. Modèle intégrateur :

Toutes les FOSA ayant un nombre de malades inférieur à la moyenne de la ZS, doivent nécessairement opter pour le modèle intégrateur :

- Proposer le dépistage du VIH chez les présumés et les patients TB ;
- Faire le screening systématique de la TB chez les patients VIH+ ;
- Réaliser les examens (GeneXpert, TB-LAM, Ziehl, RX) de la TB chez tous les présumés TB ;
- Inscrire le malade Co-infecté VIH/TB dans les deux registres de traitement TB et VIH, remplir la fiche TB et le dossier VIH ;
- Mettre le patient sous traitement TB et/ou TARV selon son diagnostic (si les deux pathologies sont diagnostiquées au même moment, **décaler la mise sous TARV**) ;
- Assurer le suivi clinique et biologique ainsi que la dispensation des médicaments (faire coïncider les rendez-vous pour les 2 maladies = **RDV UNIQUE**) ;
- Continuer le TARV chez les PVVIH à la fin du traitement de la TB au même site avec les mêmes prestataires ;
- Appliquer les mesures de contrôle de l'infection afin d'éviter la contamination à la TB pour les autres PVVIH (voir le guide de contrôle de l'infection) ;
- Mettre en place des horaires et/ou espaces différenciés de prise en charge de PVVIH et des patients TB et/ou Co-infectés ;
- Faire la recherche des autres infections opportunistes.

#### III.3.3.2. Modèle collaboratif :

Le modèle collaboratif peut être mis en place ou maintenu dans les FOSA à grand nombre de patients TB et VIH+ et si les locaux ne peuvent pas permettre que les deux services soient offerts au même endroit.

##### Principes :

- Tous les CSDT et CST sont appelés à offrir les TARV ;
- Tous les sites VIH doivent offrir au moins le paquet de service de CST ;
- Les intrants de prise en charge de ces deux maladies devront être stockés au niveau de la Pharmacie (un seul endroit) ;
- Le système de référence et contre-référence (bonne communication documentée), ainsi que celui de la gestion des approvisionnements doivent être fonctionnels selon les directives de deux programmes ;
- La dispensation peut se faire :
  - ✓ À la pharmacie si la FOSA a une faible cohorte (en veillant à éviter une longue file d'attente) ;
  - ✓ Au service prenant en charge le patient selon sa pathologie ;

- ✓ En cas de coïnfection aux deux maladies, elle se fera à la porte d'entrée initiale (VIH ou TB) ;
- On ne peut référer que si les instructions susmentionnées ne peuvent pas être appliquées ;
- Dans la prise en charge de ces deux pathologies, il faut une application stricte des mesures de contrôle de l'infection ;
- Mettre en place des horaires et/ou espaces différenciés de prise en charge de PVVIH et des patients TB et/ou Co-infectés.

a) Dans la même FOSA

a.1 Entrée par la porte VIH

- Faire le screening systématique de la TB chez les PVVIH ;
- Réaliser les examens (GeneXpert, TB-LAM, Ziehl, RX) de la TB chez tous les présumés TB ;
- Si TB confirmée :
  - ✓ Mettre à jour son statut TB dans le registre de traitement VIH ;
  - ✓ Transmettre les informations à l'unité TB pour enregistrement et initiation des anti-TB, les résultats de contrôle bactériologique et les issues thérapeutiques.
- Si les deux pathologies sont diagnostiquées au même moment :
  - ✓ Décaler de 2 semaines la mise sous TARV ;
  - ✓ Mettre à jour le cahier de traitement TB ;
  - ✓ Le patient continue son traitement TB dans l'unité VIH où il est déjà pris en charge ;
  - ✓ Assurer le suivi clinique et biologique ainsi que la dispensation des médicaments conjoints (faire coïncider les rendez-vous pour les 2 maladies = RDV UNIQUE) ;
  - ✓ A la fin du traitement anti-TB, le patient poursuit le TARV et initier le traitement prophylactique à l'INH.

a.2 Entrée par la porte TB

- Proposer le dépistage du VIH à tous les patients présumés TB et TB confirmés ;
- Si la TB est exclue (présumés) et VIH+, référer le patient à l'unité VIH pour PEC ;
- Si la TB est confirmée et le patient est VIH+ :
  - ✓ Inscrire dans le registre TB, établir la fiche TB et initier le traitement anti-TB ;
  - ✓ Mettre à jour son statut VIH dans le registre de traitement TB et ouvrir un dossier VIH ;
  - ✓ Transmettre les informations à l'unité VIH pour enregistrement et initiation du TARV, les résultats de contrôle bactériologique et les issues thérapeutiques (si les deux pathologies diagnostiquées au même moment, décaler de 2 semaines la mise sous TARV) ;
  - ✓ Veiller à l'interaction médicamenteuse (les deux équipes) ;
  - ✓ Assurer le suivi clinique (y compris les effets indésirables) et biologique ainsi que la dispensation des médicaments (faire coïncider les rendez-vous pour les 2 maladies = RDV UNIQUE) ;
  - ✓ A la fin du traitement anti-TB, le patient est référé à l'unité VIH pour y poursuivre le TARV et initier le traitement prophylactique à l'INH.

### a.3 Gestion de l'information sanitaire

A la fin de chaque mois, les équipes des deux unités doivent se réunir pour harmoniser les informations sur les malades co-infectés VIH/TB et mettre à jour les différents registres avant d'établir le rapport mensuel de la FOSA (même si le rapport TB reste trimestriel).

#### b) Les deux unités sont dans deux FOSA distinctes

##### b.1 FOSA avec porte d'entrée VIH

- Faire le screening systématique de la TB chez les patients VIH+
- Prélever le crachat et envoyer au CSDT pour examen (GeneXpert, Ziehl) et collecter les urines pour TB-Lam (PVVIH au stade avancé)
- Réaliser les autres examens disponibles dans la FOSA
- Si la TB est confirmée :
  - ✓ Mettre à jour son statut TB dans le registre de TARV et l'inscrire dans le cahier de traitement TB ;
  - ✓ S'assurer que le patient dont le diagnostic TB a été confirmé est inscrit dans le registre TB du CSDT de référence et que le traitement a été initié ;
  - ✓ Si les deux pathologies sont diagnostiquées au même moment, décaler de 2 semaines la mise sous TARV ;
  - ✓ Requérir la cure d'anti-TB pour le patient ;
  - ✓ Assurer le TDO auprès du patient TB ;
  - ✓ Assurer le suivi clinique ;
  - ✓ Prélever le crachat et le transmettre au CSDT pour le contrôle et inscrire les résultats de contrôle dans le cahier de traitement ;
  - ✓ Assurer le suivi clinique (y compris les effets indésirables) et biologique ainsi que la dispensation des médicaments ;
  - ✓ A la fin du traitement anti-TB, le patient est référé à l'unité VIH pour y poursuivre le TARV et initier le traitement prophylactique à l'INH ;
  - ✓ Documenter l'issue du traitement dans le registre TARV et le cahier de traitement TB et le communiquer au CSDT pour enregistrement et évaluation finale ;
  - ✓ A la fin du traitement anti-TB, poursuivre le TARV et initier le traitement prophylactique à l'INH ;
- Mettre en place des horaires et/ou espaces différenciés de prise en charge de PVVIH et des patients TB et/ou co-infectés.

##### b.2 FOSA avec porte d'entrée TB

- Initier le dépistage du VIH à tous les patients présumés/confirmés TB ;
- Si la TB est exclue (présumés) et le patient est VIH+, transférer le patient à la FOSA avec service VIH pour PEC ;
- Si la TB est confirmée et le patient est VIH+, mettre à jour son statut VIH dans le registre de traitement TB et ouvrir un dossier VIH :
  - ✓ Transmettre, pour enregistrement, l'information à la FOSA VIH où le patient devra poursuivre son TARV,
  - ✓ Initier le TARV chez les patients Co-infectés TB/VIH,



- ✓ Réquisitionner trimestriellement les ARV et CTX correspondant au nombre de co-infectés TB/VIH de la FOSA,
- ✓ Si les deux pathologies diagnostiquées au même moment, décaler de 2 semaines la mise sous TARV,
- ✓ Assurer le suivi clinique (y compris les effets indésirables) et biologique ainsi que la dispensation des médicaments.
- A la fin du traitement anti-TB :
  - ✓ Si la FOSA a une forte charge des cas TB dépistés par mois ( $\geq$  à la moyenne de la ZS), transférer le patient dans l'unité VIH après consentement éclairé préalable de ce dernier ;
  - ✓ Vérifier l'arrivée effective du patient et son enregistrement dans la FOSA VIH ;
  - ✓ Si la FOSA a une faible charge de cas TB dépistés par mois ( $\leq$  à la moyenne de la ZS) avec un PMA requis pour le suivi à long terme de l'infection à VIH, garder le patient après obtention de son consentement éclairé ;
  - ✓ Initier le traitement prophylactique à l'INH.

N.B. : Le patient Co-infecté peut-être référé immédiatement après le diagnostic de la TB vers un CST qui est également un site TARV pour y débiter et poursuivre les deux traitements.

#### b.3 Gestion de l'information sanitaire

A la fin du mois et à la fin du trimestre, lors des réunions de monitoring de la ZS, les équipes des CSDT, CST (site TARV ou non) doivent se réunir pour harmoniser les informations sur les malades co-infectés VIH/TB et mettre à jour les différents registres avant d'élaborer les rapports mensuel et trimestriel de la ZS.

### III.4. CONSIDERATIONS A PRENDRE EN COMPTE DANS LE GUICHET UNIQUE

- **Infections nosocomiales :**
  - Mettre ensemble les patients TB et VIH soulèverait la problématique de risque de l'infection nosocomiale. Un certain nombre d'éléments semblent cependant prouver que ce risque est relativement limité dans la mesure où beaucoup de ces patients se retrouveraient déjà ensemble (salles d'attente) pendant plusieurs semaines sans le savoir.
  - Cependant, des mesures pour la diminution des risques d'infection par le biais de la ventilation naturelle, une meilleure gestion des flux de patients et l'utilisation de la lumière par Ultra Violet doivent être de rigueur.
- **Syndrome Inflammatoire de reconstitution du système immunitaire (IRIS) :**

Réaction se produisant chez les PVVIH avec apparition des symptômes de la TB, quelques semaines après la mise sous TARV, alors que ceux-ci n'étaient pas présents avant le début du traitement. Dès que les ARV commencent à faire baisser la charge virale, avec la montée de lymphocytes T, il y a la réaction Ac-Ag se traduisant par une violente réaction inflammatoire comportant de nombreux symptômes proches de ceux de la TB.

Ceci peut être mortel, principalement dans les cas de TB associée à la méningite, d'où l'importance de pouvoir dépister la TB avant de débiter un TARV.

## **ANNEXES**

### **ANNEXE A1. CO-INFECTION TB/VIH: politique de lutte concertée (OMS 2018)**

#### **Mettre en place des mécanismes de collaboration**

- 1. Veiller à l'existence d'un organe de coordination assurant une collaboration efficace à tous les niveaux contre la coïnfection tuberculose/VIH** afin de garantir que ceux qui en ont le plus besoin ont accès aux services de lutte contre la tuberculose et le VIH
- 2. Surveiller la prévalence du VIH chez les tuberculeux et la prévalence de la tuberculose chez les séropositifs** afin d'évaluer l'ampleur du problème
- 3. Mener des activités conjointes de planification pour le VIH et la tuberculose** afin de coordonner les efforts des deux programmes et d'employer au mieux les ressources.
- 4. Mener un suivi et une évaluation** afin de s'assurer que les personnes ont accès aux services dont elles ont besoin.

#### **Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH**

- 5. Intensifier le dépistage de la tuberculose**  
afin de dépister les cas de tuberculose non diagnostiqués chez les personnes vivant avec le VIH.
- 6. Introduire le traitement préventif à l'isoniazide**  
afin d'éviter que l'infection latente par le bacille de la tuberculose n'évolue vers une tuberculose active.
- 7. Lutter contre l'infection tuberculeuse dans les services de soins et les structures collectives**  
afin d'éviter que quiconque contracte la tuberculose dans des services de soins ou des structures collectives (prisons par exemple).

#### **Réduire la charge du VIH chez les patients atteints de la tuberculose**

- 8. Fournir des services de conseil et de dépistage pour le VIH**  
afin d'éviter que quiconque contracte la tuberculose dans des services de soins ou des structures collectives (prisons par exemple).
- 9. Mettre en place des méthodes de prévention du VIH**  
Afin que les patients atteints de la tuberculose sachent comment prévenir le VIH, ce qui réduira la transmission du VIH et de la tuberculose.

#### **Réduire la charge pour les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose**

- 10. Mettre en place une prophylaxie au cotrimoxazole**  
afin de réduire le risque que les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose décèdent durant le traitement.
- 11. Assurer des soins et un soutien contre le VIH et la tuberculose**  
afin de fournir aux personnes vivant avec le VIH et la tuberculose les soins et le soutien dont ils ont besoin face à la maladie
- 12. Fournir une thérapie antirétrovirale**  
Afin de garantir que tous ceux vivant avec le VIH et la tuberculose reçoivent un traitement antirétroviral lorsque nécessaire - ce qui réduira leur risque de mortalité et améliorera leur qualité de vie.

## ANNEXE A2. Fiches sur les critères de sélection des Fosa pour en faire des G.U.

### CRITERES DE CHOIX DES FOSA

Nom de la FOSA : .....

CST    CSDT    Sites de PEC VIH    CSDT et sites De PEC VIH

Zone de Santé ; .....

Province / Coordination: .....

### CRITERES DE SELECTION/CHOIX DES FOSA POUR OPERATIONNALISATION DU GUICHET UNIQUE

N°	PARAMETRES	ECHELLE DE COTATION			observations
		Score 0	Score 2	Score 4	
1	Présence des activités du VIH et ou TB	Aucune	VIH ou TB	VIH et TB	
2	Moyenne inclusion mensuelle VIH	Moins de 5	5 à 10	Plus de 10	
3	Moyenne inclusion mensuelle TB	Moins de 3	3 à 6	Plus de 6	
4	Taux de succès thérapeutique TB Sensible	Plus 90 %	80 à 90 %	Moins de 80 %	
5	Taux de succès thérapeutique TB PR	Plus 90 %	+80 à 90 %	Moins de 80 %	
6	Taux de succès thérapeutique TB Coinfectés	Plus 90 %	80 à 90 %	Moins de 80 %	
7	Taux d'échec thérapeutiques TB sensible	Moins de 2 %	2à5 %	Plus de 5 %	
8	Taux d'échec thérapeutiques des coinfectés	Moins de 2 %	2à5 %	Plus de 5 %	
9	Taux d'échec thérapeutiques TB PR	Moins de 2 %	2à5 %	Plus de 5 %	
10	Taux de décès TB sensible	Moins de 5%	5 à 10 %	Plus de 10 %	
11	Taux de décès des coinfectés	Moins de 5%	5 à 10 %	Plus de 10 %	
12	Taux de décès TB PR	Moins de 5%	5 à 10 %	Plus de 10 %	
13	Taux de rétention VIH	Plus 90 %	80 à 90 %	Moins de 80 %	
14	Taux de suppression virale / an	Plus 90 %	80 à 90 %	Moins de 80 %	
15	Taux de décès PVVIH	Moins de 20 %	20 à 25 %	Plus de 25 %	
16	Taux de Perdu de vue PVVIH	Moins de 10 %	10 à 20 %	Plus de 20 %	

17	Taux d'abandon	Moins de 10 %	10 à 20 %	Plus de 20 %	
18	Nombre total des prestataires formés en VIH et TB	2 et plus	2	1	
19	Nombre des jours des ruptures de stock de RHEZ au courant de l'année	0 jours	1 à 10 jours	Au-delà de 10 jours	
20	Nombre des jours des ruptures de stock de TDF/3TC/EFV	0 jours	1 à 10 jours	Au-delà de 10 jours	

### PRIORISATION DES FOSA POUR LE GUICHET UNIQUE

N°	TOTAL SCORE	SCORE EN %	CATEGORIES DES FOSA	OBSERVATIONS
1	67 à 80	80 à 100 %	Hyper prioritaire	
2	40 à 66	50 à 79 %	Moyennement prioritaire	
3	Moins de 40	Moins de 50 %	Autre (Non prioritaire)	

#### A. Pour la Tuberculose :

1. Population totale de l'aire de santé
2. Présence des populations à risque TB (populations spéciales : prisonniers, réfugiés et déplacés internes, creuseurs artisanaux des minerais, hommes en uniforme, etc.)
3. Taux d'utilisation des services
4. Nombre de TB TTF notifiés
5. Taux de notification TB TTF
6. Nombre de TB-PR notifiés
7. Nombre de TB-VIH notifiés
8. Autres indicateurs importants :
  - 8.1. Taux de succès thérapeutique TB sensible
  - 8.2. Proportion des TB testés pour le VIH
  - 8.3. Pourcentage patients TB VIH+
  - 8.4. Pourcentage patients TBVIH sous TARV
  - 8.5. Pourcentage patients TB sous CTX
  - 8.6. Taux de décès des patients coïnfectés TB-VIH

#### B. Pour le VIH :

1. Population totale de l'aire de santé
2. Présence des populations clés à risque VIH (prisonniers, populations en milieu fermées, PS, hommes en uniforme, creuseurs artisanaux des minerais, UDI, MSM, camionneurs, etc.)  
PS, UDI, MSM      2      Autre 1      si rien : 0
3. Taux d'utilisation des services
4. File active PVVIH
5. Nouvelles inclusions mensuelles (en partant des chiffres annuels)
6. Taux de rétention
7. Réalisation de la charge virale
8. Rendu des résultats sur les examens de la CV

9. Suppression de la CV
10. Screening de la TB chez les PVVIH
  - 10.1. Nouvelles inclusions PVVIH ayant subi le screening pour la TB
  - 10.2. Proportion des patients PVVIH avec TB (VIH-TB)
  - 10.3. Proportion des patients coinfectés mis sous antituberculeux
  - 10.4. Proportion des PVVIH mis sous INH après exclusion de la TB
  - 10.5. Proportion des PVVIH sous CTX
  - 10.6. Taux de décès des patients coinfectés VIH-TB

N°	PARAMETRES	MODE DE CALCUL		
		NUMERATEUR	DENOMINATEUR	METHODOLOGIE DE COLLECTE
1	Présence des activités du VIH et ou TB			Interview , Revue documentaire
2	Moyenne inclusion mensuelle VIH	Nombre total des nouvelles inclusions VIH de l'année	12	Revue documentaire
3	Moyenne inclusion mensuelle TB	Nombre total des nouvelles inclusions TB de l'année	12	Revue documentaire
4	Taux de succès thérapeutique TB Sensible	Nombre total des TB sensible TT et guéri	Nombre total des TB sensibles sous traitement	Revue documentaire
5	Taux de succès thérapeutique TB PR	Nombre total des TB PR TT et guéri	Nombre total des TB PR sous traitement	Revue documentaire
6	Taux de succès thérapeutique TB Coinfectés	Nombre total des TB coinfecté TT et guéri	Nombre total des TB coinfectés sous traitement	Revue documentaire
7	Taux d'échec thérapeutiques TB sensible	Nombre total des TB sensibles en échec thérapeutique	Nombre total des TB sensibles sous traitement	Revue documentaire
8	Taux d'échec thérapeutiques des coinfectés	Nombre total des TB coinfectés en échec thérapeutique	Nombre total des TB coinfectés sous traitement	Revue documentaire
9	Taux d'échec thérapeutiques TB PR	Nombre total des TB PR en échec thérapeutique	Nombre total des TB PR sous traitement	Revue documentaire
10	Taux de décès TB sensible	Nombre total des décès de TB sensible	Nombre total des TB sensibles sous traitement	Revue documentaire
11	Taux de décès des coinfectés	Nombre total des décès de TB coinfectés	Nombre total des TB coinfectés sous traitement	Revue documentaire
12	Taux de décès TB PR	Nombre total des décès de TB PR	Nombre total des TB PR sous traitement	Revue documentaire
13	Taux de rétention VIH	Nombre total des PVVIH encore sous ARV au courant de 12 derniers mois (cohorte)	Nombre total des PVVIH mis sous ARV au courant de 12 derniers mois (cohorte)	Revue documentaire
14	Taux de suppression virale / an	Nombre total des PVVIH sous ARV ayant une charge virale supprimée au courant de 12 derniers mois	Nombre total des PVVIH sous ARV ayant bénéficiés de la charge virale au courant de 12 derniers mois	Revue documentaire
15	Taux de décès PVVIH	Nombre total des PVVIH sous ARV décédés au courant de 12 derniers mois	Nombre total des PVVIH mis sous ARV courant de 12 derniers mois	Revue documentaire
16	Taux de Perdu de vue PVVIH	Nombre total des PVVIH sous ARV perdu de vue au courant de 12 derniers mois (cohorte)	Nombre total des PVVIH mis sous ARV au courant de 12 derniers mois (cohorte)	Revue documentaire
17	Taux d'abandon	Nombre total des PVVIH sous ARV ayant abandonné le TAR au courant de 12 derniers mois (cohorte)	Nombre total des PVVIH mis sous ARV au courant de 12 derniers mois (cohorte)	Revue documentaire

18	Nombre total des prestataires affectés dans les services VIH et TB			Interview, Revue documentaire	
19	Nombre des jours des ruptures de stock de RHEZ au courant de l'année			Revue documentaire	
20	Nombre des jours des ruptures de stock de TDF/3TC/EFV			Revue documentaire	

## ANNEXE A3. Procédures de priorisation des Fosa et des ZS dans la cadre du plan d'opérationnalisation des SD et GU au niveau provincial.

### PROCEDURES DE PRIORISATION DES ZS ET FOSA

#### I. LES CRITERES ET MODALITES DE PRIORISATION DES ZONES DE SANTE

Les critères ci-après serviront à la sélection des zones de santé :

- Contexte : *type d'épidémie (prévalence), environnement/milieu (prisons, points chauds, ...)*
- Population couverte : *Femme, homme, enfants et adolescents, populations clés, populations vulnérables/à risque TB, etc.*
- Caractéristiques cliniques : *comorbidités, charge virale, TB-PR, taux de succès thérapeutique, ...*

*Les critères varient d'une province à une autre, voire d'une zone de santé à une autre, selon le contexte local et la population couverte.*

Le processus passe par les étapes ci-après :

- Priorisation des ZS en fonction de la lutte contre le VIH,
- Priorisation des ZS en rapport avec la Tuberculose
- Sélection des ZS hyper prioritaires pour les deux maladies (ZS de convergence)

#### A. Critères de priorisation des zones de santé en rapport avec le VIH

1. **Les éléments d'appréciation sont les facteurs de risque de transmission du VIH** (Liste non exhaustive et varie d'un contexte à un autre) :

*Poids des malades par rapport à la moyenne de la ZS, prévalence du VIH, absence de TAR, rétention des patients sous TAR, fréquence des IST, usage du préservatif, présence des populations clés, échanges transfrontaliers, présence d'un camp militaire, présences des populations déplacées et réfugiées, présences des conflits armés et des groupes armés, présence des sites miniers, présence des ports, ...*

2. **Exemple d'un modèle de cotation :**

Poids des Malades	Séropositivité	Echanges transfrontalières	Autres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;100 malades = 1</li> <li>• 100 à 499 malades = 2</li> <li>• ≥ 500 = 3</li> </ul>	Séropositivité : <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 0,5 = 1</li> <li>• 0,5 - 0,9 = 2</li> <li>• ≥ 1 = 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 : Si échanges très important</li> <li>• 2 : Piste frontalière officielle fréquentée par la population</li> <li>• 0 : Autres petites pistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 = Existant</li> <li>• 0 = Si absent</li> </ul>

3. **Total Cotation** (dépendra de la cotation totale)

≥ 50%	<b>Hyper prioritaire</b> (Haut risque)
30 – 49%	<b>Prioritaire</b> (Risque moyen)
< 30%	<b>Autres</b> (Faible risque)

Total cotation = ?

## B. Critères de priorisation des zones de santé en rapport avec la TB

### 1. Les éléments d'appréciation (Liste non exhaustive et varie d'un contexte à un autre) :

*Poids des malades, Incidence de la TB (NP et rechutes), notification des cas TB/VIH, Incidence des cas TB-PR, Taux de succès thérapeutique des cas TB et TB-PR, prévalence de la coïnfection TB/VIH, présence des populations clés, échanges transfrontaliers, présence d'un camp militaire, présences des populations déplacées et réfugiées, présences des conflits armés et des groupes armés, présence des sites miniers, présence des ports,....*

### 2. Exemple d'un modèle de cotation pour la TB et la coïnfection TB/VIH

Cotation		3	2	1	0
1	Population/Agglomération	≥ Moyenne DPS	Entre -75 - 99% Moyenne DPS	< 75% Moyenne DPS	
2	Incidence (NP+ Rechute)				
3	Taux de notification toute forme				
4	Malade dépistés Coïnfection TB/VIH				
5	File active du VIH				
6	Notification TB PR cas Brut notifié				
7	Succès thérapeutique TB sensible				
8	Succès thérapeutique TB MR				
9	Population spéciale /Population Prison				
	Population spéciale /Camps police, Base Militaires	oui			
	Population spéciale /Minies industrielles	oui			

### 3. Total Cotation

De 19 - 27	<b>Hyper prioritaire</b>
De 10 – 18	<b>Prioritaire</b>
≤ 9	<b>Autres</b>

Total cotation est de 27

## C. Les zones de santé de convergence TB/VIH

Sur base des priorisations des Zones de santé par rapport à la TB et au VIH, les zones de santé de convergence seront dégagées en tenant compte de la charge de la coïnfection et des risques potentiels.



Priorisation détaillée des Zones de santé

ZONES DE SANTE	POPULATION	TB Enreg	Tx Notif	COINF TBVIH	PVVIH	TBMR	Tx succès thér	TBMR	cotation									
									DEMOGRA	INCID	TX NOTI	COINF	PVVIH	TBMR	SUCC TB SENS	SUCCES TBMR	POP SPE	TOTAL
ZS BOMA	225784	470	208	49	1242	14	82%	68%	3	3	3	3	3	3	1	1	2	22
ZS NZANZA	159187	538	338	40	954	28	82%	3%	2	3	3	3	3	3	1	1	3	22
ZS MATADI	202768	449	221	23	1027	24	89%	4%	3	3	3	3	3	3	2	1		21
ZS Kimpese	171860	371	216	27	244	7	86%	12%	1	3	3	3	1	3	2	1	3	20
ZS Mbanza-Ngungu	138327	247	179	14	333	2	86%	43%	2	3	3	3	2	1	2	1	3	20

## II. LES CRITERES ET MODALITES DE PRIORISATION DES FOSA

D'abord il est important que chaque Zone de santé complète le canevas ad hoc reprenant les informations de chaque FOSA pour faire la sélection.

Ensuite pour chacune d'elle, ces FOSA seront alignées sur un tableau avec une appréciation du niveau et degré de mise en œuvre des activités (performances) TB et/ou VIH ainsi que de ses résultats sur la lutte, grâce à une cotation chiffrée.

Les critères suivants seront pris en compte, avec une cotation proposée pour chaque critère.

### A. Pour la Tuberculose :

1. Population totale de l'aire de santé
2. Présence des populations à risque TB (populations spéciales : prisonniers, réfugiés et déplacés internes, creuseurs artisanaux des minerais, hommes en uniforme, etc.)
3. Taux d'utilisation des services
4. Nombre de TB TTF notifiés
5. Taux de notification TB TTF
6. Nombre de TB-PR notifiés
7. Nombre de TB-VIH notifiés
8. Autres indicateurs importants :
  - 8.7. Taux de succès thérapeutique TB sensible
  - 8.8. Proportion des TB testés pour le VIH
  - 8.9. Pourcentage patients TB VIH+
  - 8.10. Pourcentage patients TBVIH sous TARV
  - 8.11. Pourcentage patients TB sous CTX
  - 8.12. Taux de décès des patients coïnfectés TB-VIH

### B. Pour le VIH :

1. Population totale de l'aire de santé
2. Présence des populations clés à risque VIH (prisonniers, populations en milieu fermées, PS, hommes en uniforme, creuseurs artisanaux des minerais, UDI, MSM, camionneurs, etc.)
3. PS, UDI, MSM            2            Autre 1            si rien : 0
4. Taux d'utilisation des services
5. File active PVVIH
6. Nouvelles inclusions mensuelles (en partant des chiffres annuels)
7. Taux de rétention
8. Réalisation de la charge virale
9. Rendu des résultats sur les examens de la CV
10. Suppression de la CV
11. Screening de la TB chez les PVVIH
  - 11.1. Nouvelles inclusions PVVIH ayant subi le screening pour la TB
  - 11.2. Proportion des patients PVVIH avec TB (VIH-TB)
  - 11.3. Proportion des patients coïnfectés mis sous antituberculeux
  - 11.4. Proportion des PVVIH mis sous INH après exclusion de la TB
  - 11.5. Proportion des PVVIH sous CTX

A la fin on aura 2 possibilités pour arriver aux conclusions

- a) Soit on additionne les points obtenus sur la check-list et on fait le classement en pourcentage par rapport aux catégories de priorisation définies (hyper prioritaire, prioritaire et autre)

#### PRIORISATION DES FOSA POUR LE GUICHET UNIQUE

N°	TOTAL SCORE	SCORE EN %	CATEGORIES DES FOSA	OBSERVATIONS
1	67 à 80	80 à 100 %	Hyperprioritaire	
2	40 à 66	50 à 79 %	Moyennement prioritaire	
3	Moins de 40	Moins de 50 %	Autre (Non prioritaire)	

A la fin on aura 2 possibilités pour arriver aux conclusions

- a) Soit on additionne les points obtenus sur la check-list et on fait le classement en pourcentage par rapport aux catégories de priorisation définies (hyper prioritaire, prioritaire et autre)

#### PRIORISATION DES FOSA POUR LE GUICHET UNIQUE

N°	TOTAL SCORE	SCORE EN %	CATEGORIES DES FOSA	OBSERVATIONS
1	67 à 80	80 à 100 %	Hyperprioritaire	
2	40 à 66	50 à 79 %	Moyennement prioritaire	
3	Moins de 40	Moins de 50 %	Autre (Non prioritaire)	

- b) Soit on reprend les FOSA sur un tableau avec les critères TB puis VIH, avec la cotation pour chaque critère ; on additionne les points obtenus pour les différents critères et l'on arrive à un total global par FOSA. Le total des points obtenus par chaque FOSA doit être comparé au total des points maxima des critères, et ramené en pourcentage pour pouvoir comparer les Fosa et les catégoriser.

Exemples du travail d'une Zone de santé de la Ville-Province de Kinshasa :

FOSA	Population	Nbre TB TTF	Tx ST	TB TESTES /VIH	TB VIH+	TB-VIH+ / TARV	TB-VIH+ / CTX	Nbe TBPR	Pop Spéciale	TOTAL	TOTAL GEN	SCORE	OBSERVATION
CHK	3	3	2	1	2	1		3	1	19	27	78%	Hyper
Tata Mosala	2	2	1	1	1	2		1	1	13	27	52%	Autre
Molende	3	3	2	1	1	3		1	1	18	27	70%	Prioritaire
Tembo	1	3	2	1	1	3		1	1	15	27	56%	Autre

>70	Hyper	>70	
60-70	Prioritaire	60-70	
<60	Autres	<60	

FOSA	pop	File active	pop sp	TX DE RENTENTION	CAS	TX DE DECES	SUPPRESSION CHARGE VIRALE	TOTAL	TOTAL GEN	SCORE	OBSERVATION
CH KINGASANI	3	3	1	3	3	3	1	17	21	81%	Hyper
POLY LIGTH	3	2	2	3	2	1	2	15	21	71%	Hyper
TATA MOSALA	2	2	1	3	2	2	2	14	21	67%	Prioritaire
LONDOLOBE	3	1	1	3	1	1	3	13	21	62%	Prioritaire
MOLENDE	3	3	1	3	3	1	1	15	21	71%	Hyper
BETHANIE	3	1	1	3	1	1	2	12	21	57%	Autres
BOLINGANI	3	2	1	3	1	1	3	14	21	67%	Prioritaire
TEMBO	3	1	1	2	2	2	2	13	21	62%	Prioritaire
HOP CLINIC	3	2	1	3	2	2	3	16	21	76%	Hyper
ST PAUL	3	1	1	3	1	1	3	13	21	62%	Prioritaire

## ANNEXE A4. Fiche d'évaluation initiale des G.U. sélectionnés

### EVALUATION INITIALE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Province /DPS : .....

Zone de Santé : .....

FOSA : .....

CST    CSDT    Sites de PEC VIH    CSDT et sites se PEC VIH

NO	INDICATEURS	REPONSES/OBSERVATION	PRESENCE PHYSIQUE DU DOCUMENT	METHODOLOGIE DE COLLECTE
<b>I</b>	<b>DOCUMENTS NORMATIFS ET DIRECTIVES</b>			<u>INTERVIEW/REVUE DOCUMENTAIRE</u>
1	Existe-t-il un guide sur le contrôle de l'infection			
2	Avez vs le guide PATI 5			
3	Avez vs le guide intégré VIH			
4	Avez vs le manuel des soins différenciés			
5	Avez vs les outils de collecte et rapportage de la TB/VIH			
<b>II</b>	<b>INFRASTRUCTURES</b>			<u>OBSERVATION /VISITE GUIDE</u>
6	La disposition des locaux (box de consultation, salle d'attente, bonne aération) contribue-t-elle à la réduction de risque de contamination pour les personnels et les autres patients ?			
7	Disposition des locaux adaptés pour le counseling VIH (CDV/DCIP)			
<b>III</b>	<b>RESSOURCES</b>			
8	Quel est le nombre total des prestataires des soins (Médecins, infirmiers, laborantins, pharmaciens) dans votre FOSA ?			<u>INTERVIEW/REVUE DOCUMENTAIRE</u>
9	Nombre de Prestataires formés en TB			
10	Prestataires formés en paquet VIH			
11	Prestataires formés en coinfection TB/VIH			
12	Nombre des pairs éducateurs formés en TB/VIH			
13	Disponibilité des équipements pour les diagnostic et le suivi biologique des PVVIH et Tuberculeux (Xpert, microscope, point of care CV, CD4 et RX, TB LAM, tests hépatiques et rénaux , hématologie)			
14	Disponibilité d'une source d'énergie électrique			
<b>IV</b>	<b>DISPONIBILITE DES INTRANTS ET MEDICAMENTS</b>		<u>FICHES DE STOCK</u>	<u>INVENTAIRE PHYSIQUE</u>
15	Donnez le nombre des jours de rupture de stock pour les intrants et médicaments traceurs (Determine,			

	RHEZ , ARV 1er et 2e ligne , réactif Ziehl , cartouche , INH , CTX , papiers buvard , ARV Pédiatrique , Vikia , vaccin BCG )			
<b>V</b>	<b>APPROCHES DIFFERENCIEES</b>			
<b>V.1.</b>	<b>PREVENTION</b>			
16	L'application systématique de la chimio prophylaxie à INH chez les enfants de moins de 5 ans exposés à la TB ?			
17	L'application systématique de la chimio prophylaxie à INH chez les PVVIH exclus de la TB est-elle respectée ?			
18	Avez-vous intégrer la prévention combinée?			
19	Citez les approches utilisées en rapport avec la prévention combinée dans la FOSA			
20	Réalisez-vous la CSCC ?			
21	Distribuez-vous les préservatifs aux Tuberculeux séronégatif?			
22	prenez-vous en charge les cas IST chez les tuberculeux?			
23	Offrez-vous la PEP et la PREP ?			
24	Réalisez-vous la sécurité sanguine avant la transfusion ?			
25	Les activités de la PTME sont-elles intégrées ?			
26	Appliquez-vous les précautions universelles ?			
<b>V.2.</b>	<b>DEPISTAGE</b>			
27	Proposez-vous systématiquement le dépistage du VIH chez les tuberculeux ?			
28	Faites-vous la recherche de la TB en cas d'infection néonatale chez un Nouveau-né d'une mère VIH+ ou autre ?			
29	Réalisez-vous le dépistage du VIH chez tous les Tuberculeux ?			
30	Faites-vous la recherche active de la TB chez les PVVIH?			
31	Réalisez-vous le dépistage de la TB chez tous les PVVIH présumés TB ?			
32	Les services de dépistage VIH ou TB sont-ils adaptés aux clients (heures propices, en fonction d'occupation, profil des populations clés/spécifiques ...)			
33	Réalisez-vous le dépistage de la TB ET VIH chez tous les Enfants malnutris ?			
34	Réalisez-vous le dépistage de la TB chez tous les contacts ?			
35	Réalisez-vous l'index testing pour le dépistage du VIH ?			
36	Le transport des échantillons est-il organisé de CST vers les sites de microscopie ?			

37	Le transport des échantillons est-il organisé de CSDT vers le site Xpert ?			
38	Avez-vous des outils de ciblage du test VIH?			
39	Organisez-vous le prélèvement sur DBS pour le dépistage précoce des enfants exposés (VIH)?			
40	Réalisez-vous le dépistage familial ou autre, des cas contact à partir d'un cas index TB+?			
41	Comment la population accède-t-elle au dépistage du VIH dans votre structure?			
42	Comment la population accède-t-elle au dépistage de la TBC dans votre structure?			
<b>V. 3</b>	<b>PRISE EN CHARGE</b>			
43	Respect de schéma de prise en charge de la TB sensible et de la TB PR			
44	Respect de schéma de TARV en vigueur en RDC (1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> ligne)			
45	Quelles sont les approches différenciées utilisés pour la prise en charge des cas selon les différentes catégories (TB sensible, TB résistant)			
46	Avez-vous les outils de screening des signes de dangers (cas de Sida avancé)?			
47	Les cas du sida avancé sont-ils transférés à l'hôpital pour une meilleure prise en charge			
48	Les patients dépistés stables sont-ils mis directement sous ARV			
49	Avez-vous déjà proposé à vos patients VIH stables l'un des modèles des soins différenciés			
50	Si OUI, Lequel (s)?			
51	Appliquez-vous aussi la paire-éducation (adolescents et jeunes VIH+, populations clés VIH+ et AMM) pour améliorer la rétention sous ARV des patients ? Booster l'adhérence chez les PVVIH avec CV détectable			
<b>V. 4</b>	<b>DISPENSATION</b>			
<b>52</b>	Dans votre FOSA, quel est le rythme de renouvellement des ARV chez vos patients stables ?			
53	Dans votre FOSA, quel est le rythme de d'administration des antituberculeux chez vos patients?			
54	Nombre des patients stables suivi dans un parcours différenciés (circuit différencié) ?			
55	Une approche centrée sur la famille est-elle offerte aux femmes VIH enceintes ou allaitantes et leurs enfants, y compris leur partenaire sexuel ?			
56	Une approche centrée sur la famille est-elle offerte aux personnes affectées par la TB?			



57	Quel est le type de délivrance des médicaments assurez-vous?			
58	Quelles sont les approches communautaires utilisées dans la dispensation des médicaments et suivi de l'observance (ANTI TB et TAR)?			
<b>V.5</b>	<b>GUICHET UNIQUE</b>			
59	Les services TB/VIH sont-ils organisés dans votre établissement des soins?			
60	Si oui, de quelle manière sont-ils organisés?			
61	Par deux équipes et deux services différents			
62	En collaboration avec d'autres FOSA			
<b>V.6</b>	<b>INDICATEURS CLES</b>			
63	Couverture vaccinale BCG			
64	Nombre total des malades sous ARV			
65	Nombre total des malades sous ARV (0 – 14 ans)			
66	Nombre total des malades sous ARV (15 ans et plus)			
67	Nombre total des cas de TB (toutes formes) pris en charge			
68	Nombre total des cas Co infectés TB/VIH pris en charge			
<b>69</b>	Nombre total des cas TB PR pris en charge			
70	Nombre total des cas TB pédiatrique pris en charge			
71	Nombre total des Nouveaux cas VIH enrôlés au courant de l'année 2017			
72	Nombre total des Nouveaux cas TB diagnostiqués au courant de l'année 2017			
73	Proportion des patients tuberculeux infectés au VIH mis sous ARV			
74	Proportion des patients tuberculeux infectés au VIH mis sous CTX			
75	Proportion des PVVIH TB positif mis sous anti TB			
76	Proportion des PVVIH TB positif mis sous CTX			
77	Proportion des PVVIH TB négatif mis sous INH			
78	Taux de détection TB			
79	Taux de guérison TB			
80	Taux d'échec TB			
81	Taux de décès TB			
82	Taux de décès PVVIH			
83	Taux de Perdu de vue TB			
84	Taux de Perdu de vue PVVIH			
85	Taux d'abandon PVVIH			
86	Taux d'abandon TB			
87	Nombre des patients sous ARV depuis 6 - 12 mois			
88	Nombre des patients Co infectés en 2017			
89	Nombre des patients sous ARV depuis 6 - 12 mois et qui ont fait la charge virale ?			

90	Nombre des patients sous ARV depuis 6 - 12 mois et qui ont reçu le résultat de leur charge virale ?			
91	Nombre des patients sous ARV depuis 6 - 12 mois avec une charge virale indétectable (<40 copies)			
92	Nombre des cas du sida avancé			
93	Nombre de réunions de staff (comité thérapeutique) tenues avec compte rendu disponible			
94	Quelle est la date de la dernière supervision de la FOSA par ECZS avec rapport disponible			
95	Quelle est la date de la dernière supervision de la FOSA par ECP/PNLT/PNLS avec rapport disponible			

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Compte rendu de l'Atelier Régional de l'Ouagadougou (OMS-ONUSIDA-UNICEF) sur les approches différenciées des services VIH dans le contexte des Fast-track des 90-90-90 et du Plan de Rattrapage pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Février 2018
2. Differentiated Care: Operational Guide. NASCOP, Kenya\_january 2017.
3. Directives nationales sur la prise en charge de la TB auprès des populations spéciales, PNLT décembre 2017
4. Directives nationales sur l'utilisation des unités mobiles dans le dépistage actif de la Tuberculose, PNLT décembre 2017
5. Documents de travail sur le ONE STOP SHOP, PNLS-PNLT 2017 et 2018
6. Guide actualisé de prise en charge intégré du VIH, PNLS 2017
7. Guide sur l'opérationnalisation du Guichet unique pour les activités de lutte contre la coïnfection VIH-TB, Draft PNLS-PNLT février 2018
8. Hart\_Tool\_HIAP, PEPFAR 2018
9. Implementation of TB/HIV collaborative activities in Ghana joint programme planning policy and guidelines.
10. Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. OMS, juin 2017.
11. Mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la Tuberculose et le VIH. Un guide programmatique. Version Française, Union 2014
12. One Stop Shop Model for TB/HIV Services Stop Shop TB and HIV (Patient Centered Care)-MOH Uganda.
13. One-stop shop for TB/HIV services: a model for increasing antiretroviral therapy uptake in Uganda. Technical brief, January 2017
14. Outils d'évaluation opérationnelle de mise en œuvre des soins différenciés dans les Fosa, PNLS 2018
15. PAO du BPC Maniema 2017 et 2018
16. Plan de boostage d'urgence de la riposte contre l'épidémie du VIH au Maniema en 2018
17. Plan opérationnel de la prise en charge de la coïnfection VIH/TB dans le cadre du guichet unique en RDC, PNLS-PNLT octobre 2017
18. Plan opérationnel des soins différenciés de la lutte contre le VIH/Sida et les IST, PNLS mai 2018
19. Plan opérationnel pour la mise en œuvre du dépistage actif de la TB par les équipes mobiles, PNLT mai 2018
20. Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés. WHO/HIV/2017.34.
21. Prise en charge différenciée du VIH et de la Tuberculose. Guide à l'usage des établissements de santé. Fonds mondial, Genève, novembre 2015.
22. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016 – 2021 : vers l'élimination du Sida. OMS, juin 2016.
23. Stratégie mondiale du Secteur de la Santé contre le VIH 2016-2021, Vers l'élimination du SIDA
24. The End TB Strategy, WHO may 2014.