Approche de l'ICAP à la prise en charge différenciée

ICAP
GLOBAL. HEALTH. ACTION.
Columbia University
Mailman School of Public Health

À PROPOS DE L'ICAP

L'ICAP a été fondé en 2003 par l'École de santé publique Mailman de l'Université de Columbia. Devenu un leader mondial de la lutte contre le VIH et de la consolidation des systèmes de santé, l'ICAP apporte une assistance technique et un soutien aux gouvernements et aux organisations non-gouvernementales dans plus de 21 pays pour la mise en œuvre des programmes. En outre l'ICAP soutient les activités de plus de 5 200 structures sanitaires dans le monde. Plus de 2,2 millions de personnes ont été soignées pour le VIH dans le cadre de programmes soutenus par l'ICAP, dont plus de 1,3 million bénéficient d'un traitement antirétroviral (TAR).

Préface

Ce guide a été élaboré dans le cadre d'une série en quatre parties visant à soutenir les équipes ICAP à mettre en œuvre des stratégies efficaces permettant d'atteindre les objectifs mondiaux 90 :90 :90.* Les quatre documents décrivent l'approche de l'ICAP concernant :

1) **Les tests de dépistage du VIH parmi les groupes cibles.** Ce document décrit les innovations qui favorisent une augmentation du rendement du dépistage du VIH, en particulier parmi les sous-groupes de population jusqu'alors difficiles à atteindre.
2) **L'initiation du traitement antirétroviral à l'ère du "soigner tout le monde".** Ce document décrit des démarches visant à assurer une absorption et une couverture élevées du traitement antirétroviral (TAR) dans le contexte de l'approche « soigner tout le monde ».
3) **La prise en charge différenciée.** Ce document décrit les facteurs clés relatifs à la mise en œuvre de modèles de prise en charge différenciée.
4) **L'accélération de l'accès à la mesure de la charge virale.** Ce document décrit les éléments clés à prendre en compte lors de la préparation de la mise en œuvre et de l'extension à l'échelle nationale du contrôle systématique de la charge virale.

Ce guide peut être utilisé pour aider les pays à réfléchir aux stratégies efficaces pour augmenter le dépistage ciblé du VIH, améliorer la couverture des TAR et la rétention des patients, et optimiser les services pour assurer la suppression de la charge virale. Les quatre documents mettent en évidence les domaines à hiérarchiser, tout en mettant l'accent sur les problèmes critiques qui ne sont pas traités de manière adéquate dans d'autres manuels. Ils sont destinés à compléter le « paquet de soins selon l'ICAP pour les personnes vivant avec le VIH » (voir Section VI : Outils).

Le public cible de ce guide comprend le personnel clinique et les responsables de la santé qui soutiennent la mise en œuvre et l'extension de la prise en charge différenciée.

Remerciements

Ce guide a été élaboré par les membres du personnel suivants de l'Unité clinique et de formation et de l'information stratégique de l'ICAP : Ruby Fayorsey, Fatima Tsiouris, Eduarda Pimental Gusmao, Tanya Ellman, Stephen Arpadi, Julie Franks, Bereket Alemayehu et William Reidy. Nous remercions tout particulièrement Andrea Howard, Wafaa El-Sadr, Jessica Justman, Tiffany Harris et Miriam Rabkin pour leurs commentaires réfléchis et leurs contributions tout au long de l'élaboration et de la relecture du guide.

Nous remercions également Rebecca West et Anne Schoeneborn pour la révision de ce guide et pour leur contribution à la rédaction.

* Les objectifs sont que 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH soient conscientes de leur séropositivité ; 90% de toutes les personnes diagnostiquées séropositives reçoivent un traitement antirétroviral continu ; et 90% de toutes les personnes recevant un TAR montrent une suppression de la charge virale.

Table des matières

Abréviations 5
Sommaire exécutif 6
Introduction 8
I. Prise en charge différenciée pour les adultes 9
A. Les PVVIH se présentant bien portant au stade précoce de l'infection 11
B. Les PVVIH se présentant au stade avancé de l'infection 12
C. Les PVVIH Stables sous TAR 14
D. Les PVVIH instables sous TAR 14
II. Prestation de services differenciés pour les patients stables 15
A. Prestation de TAR en structure sanitaire 15
i. Renouvellement accéléré du TAR 15
ii. Groupe TAR au sein de l'structure sanitaire 15
B. Distribution du TAR au sein de la communauté/à domicile 15
i. Points de distribution communautaires du TAR 16
ii. Groupe communautaire TAR dirigé par des agents de santé communautaires/Pairs educateurs. 16
iii. Groupe communautaire TAR dirigé par des patients 16
III. Prestation de services differenciés pour d'autres sous-groupes de population 18
A. Adolescents 18
B. Femmes enceintes et allaitantes 18
IV. Considerations relatives au suivi et à l'évaluation 21
A. Outils pour documenter la PCD 22
i. Adapter le dossier médical du patient sous TAR 22
ii. Adapter les outils et les systèmes de pharmacie 23
iii. Nouveaux outils pour documenter les services PCD 24
B. Flux des données entre les nouveaux outils et le dossier médical TAR du patient 27
i. Dossiers-papier 27
ii. Technologie mobile électronique 27
iii. Utilisation d'outils adaptés aux structure sanitaires 28
C. Indicateurs de performance pour surveiller la PCD 29
D. Outils et systèmes pour générer des rapports globaux pour la PCD 29
i. Les structure sanitaires munis de bases de données électroniques des patients collectant des élements de données PCD 30
ii. Les structure sanitaires qui utilisent des outils-papier pour élaborer les rapports 30
E. Autres problèmes de S & E par rapport à la PCD 31
F. Résumé des considérations liées au S & E 32
V. Considerations clés pour la mise en œuvre de la prise en charge différenciée 33
VI. Outils 36
VII. Références 37

Abréviations

AgCr	Antigène cryptococcique
AVVIH	Adolescents vivant avec le VIH
AS	Agents de la santé
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge virale
EPD	Équipe pluridisciplinaire
EQD	Évaluation de la qualité des données
SS	Structure(s) sanitaire(s)
GTC	Groupe de TAR communautaire
INH	Isoniazide
IO	Infection opportuniste
MdS	Ministère de la Santé
MPCD	Modèle de prise en charge différenciée
OMS	Organisation mondiale de la santé
POS	Procédure opératoire standard
PCD	Prise en charge différenciée
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
S & E	Suivi et Évaluation
SIS	Systèmes d'information sur la santé
SMS	Service de messagerie
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TPI	Traitement préventif à l'isoniazide
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

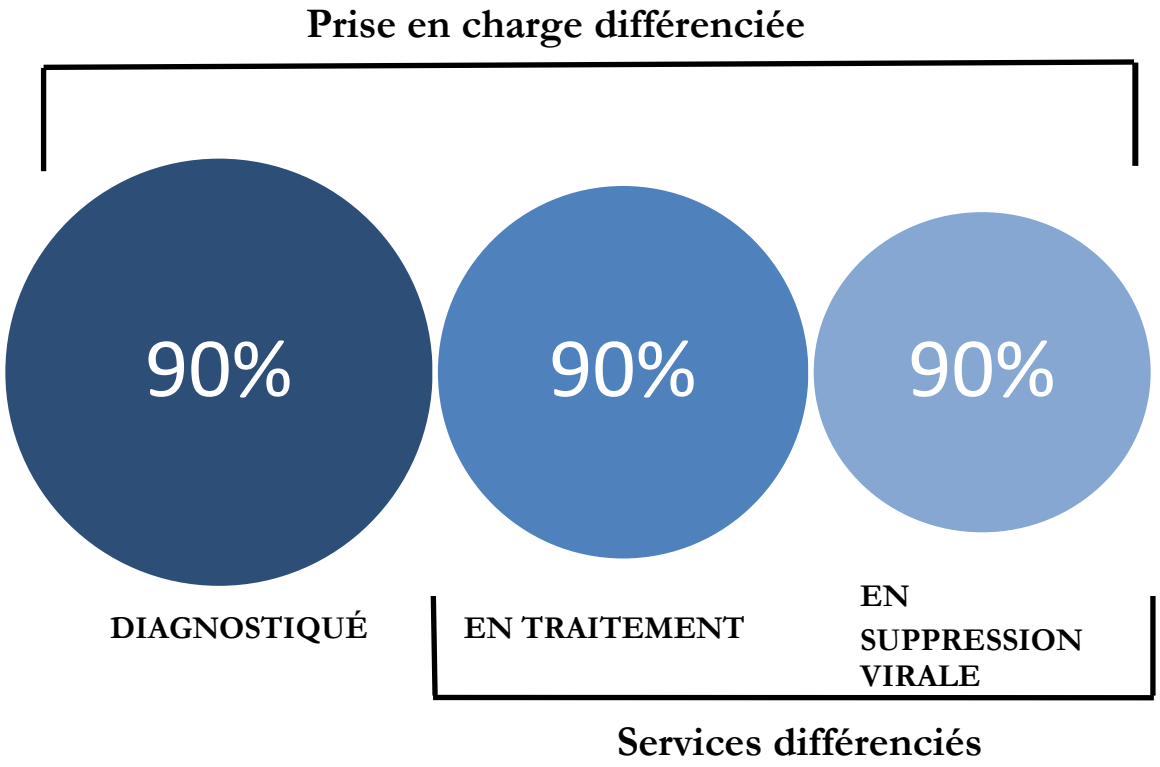
Ce document est axé sur les modèles de prise en charge différenciée pour les adultes et les adolescents stables, et inclut une variété de ressources cliniques, de surveillance et d'évaluation provenant des programmes nationaux de l'ICAP et des organisations internationales.

Ce document comporte cinq sections principales :

- La première section décrit les **critères cliniques** permettant de classer les patients comme stables ou instables, et décrit l'ensemble de soins et la prise en charge (le QUOI, OÙ, QUAND, QUI ET QUAND) pour les patients bien portants débutant un TAR, les patients présentant une infection de stade avancé débutant un TAR, et les patients stables et instables.
- La deuxième section décrit les différents **modèles de prise en charge** différenciée pour les **patients stables**, à la fois dans la communauté et dans les structures sanitaires .
- La troisième section résume les considérations relatives à la prise en charge différenciée pour **les adolescents** vivant avec le VIH et **les femmes enceintes et allaitantes**.
- La quatrième section met en évidence le **suivi et l'évaluation de la prise en charge différenciée (PCD)**, y compris les adaptations nécessaires aux systèmes de suivi existants. Cette section comprend des exemples de pays, des outils de ressources de suivi et d'évaluation, ainsi que des indicateurs.
- La dernière section décrit les **considérations de mise en œuvre relatives** à l'extension des modèles de prise en charge différenciée et comprend un tableau de bord permettant de suivre les progrès accomplis vers une adoption à grande échelle.

Il est important de noter que la prise en charge différenciée est applicable à l'ensemble du continuum de soins du VIH, en vue d'atteindre les objectifs 90 : 90 : 90 (voir l'encadré 1). Ce guide est spécifiquement axé sur la **prise en charge TAR** pour optimiser les soins et le traitement des patients.

Encadré 1. Prestation de services différenciée vs. Prise en charge différenciée



Introduction

En 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié une nouvelle recommandation visant à fournir un traitement anti-VIH à tous les adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH, indépendamment du nombre de cellules CD4 ou du stade de la maladie.[1] Parmi les défis associés à la mise en œuvre de la stratégie « soigner tout le monde » figure l'augmentation prévue du nombre de patients inscrits aux soins anti VIH et en traitement clinique, ce qui pourrait réduire la capacité à offrir des soins de qualité. Actuellement, les programmes de lutte contre le VIH, en particulier ceux situés dans des zones à forte prévalence, sont débordés et cherchent des moyens efficaces de fournir des soins et un traitement qui répondent aux besoins divers des clients et réduisent les obstacles aux soins tout en optimisant les gains d'efficacité.

Dans la plupart des contextes, les prestations de services liées au VIH reposent principalement sur les structures sanitaires. Afin que toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) aient accès au TAR, la prise en charge de traitement du VIH doit être simplifiée et normalisée, en mettant l'accent non seulement sur la décentralisation et le transfert des tâches, mais également sur des modèles de soins communautaires, et en assurant une efficacité accrue de l'approvisionnement et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement.[2]

Encadré 1. La prise en charge différenciée est une approche centrée sur le client qui adapte les services de lutte contre le VIH à la cascade de soins pour refléter les besoins cliniques et les préférences de divers groupes de PVVIH, tout en réduisant les charges inutiles sur le système de santé.

La prise en charge différenciée (PCD) est une approche de soins centrée sur le client qui met l'accent sur les préférences et les attentes des PVVIH (voir encadré 1). Elle aborde les contextes et les caractéristiques cliniques des clients et vise à individualiser les soins pour les populations de patients en utilisant une approche de santé publique. La PCD vise à améliorer l'efficacité des prestations de services liées au VIH afin d'étendre le programme, tout en veillant à ce que les soins répondent aux divers besoins des patients. L'objectif principal de la PCD est de rationaliser et supprimer les obstacles aux soins pour les patients en fonction de l'intensité et du niveau de services requis. Dans l'approche PCD, les patients les plus malades reçoivent des soins intensifs, tandis que ceux présentant une maladie stable ou moins avancée reçoivent les soins appropriés dans l'environnement le mieux adapté à leurs besoins spécifiques. La différenciation des services pour les sous-groupes de population, telles que les femmes enceintes et allaitantes, les enfants, les adolescents et les populations clés, peut contribuer à améliorer l'accès aux soins VIH.

La PCD comprend quatre composantes clés :

1) **QUOI :** le type de service fourni (c.-à-d. un renouvellement de TAR, un examen clinique ou les deux)
2) **OÙ :** le lieu de la prise en charge (dans une structure sanitaire [SS] ou dans la communauté)
3) **QUI :** les critères d'éligibilité des patients et le type de prestataire de services
4) **QUAND :** la fréquence des services liés aux examens cliniques ou au renouvellement du TAR[3]

Ce document a pour objectif de décrire les considérations clés pour la mise en œuvre des modèles PCD (MPCD). Ce document est axé sur le MPCD s'adressant aux adultes et aux adolescents stables.

I. Prise en charge différenciée pour les adultes

Les adultes non enceintes vivant avec le VIH peuvent être classés en deux groupes principaux :

1. Ceux qui sont pris en charge, qui commencent un nouveau TAR ou qui suivent un traitement antirétroviral depuis moins d'un an
2. Ceux qui sont actuellement sous TAR depuis plus d'un an.

Les patients qui commencent un nouveau TAR (groupe 1) sont ensuite divisés en deux sous-groupes : a) ceux qui se présentent bien portants au stade précoce de l'infection (c.-à-d. un taux de CD4 plus élevées) ; et b) ceux présentant une maladie avancée (stade III / IV de l'OMS ou CD4 <200 / mm^3) (voir l'encadré 2). Selon le contexte local, les PVVIH chez qui l'infection VIH ou les comorbidités sont mal contrôlées peuvent être classés comme instables. Les PVVIH qui suivent un TAR depuis plus d'un an (groupe 2) sont en outre classées comme stables ou instables sur la base d'un ensemble de critères cliniques, immunologiques et virologiques selon l'OMS[4] (voir encadrés 2 et 3). Pour les patients sous TAR depuis plus de deux ans, un seul résultat de charge virale (CV) <1000 copies / ml effectué au cours des 12 derniers mois devrait suffire à les considérer comme stables s'ils répondent à tous les autres critères énumérés dans l'encadré 3. Cette dernière différenciation exclut les enfants de moins de 10 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

Encadré 2. Définition de l'OMS d'un patient stable

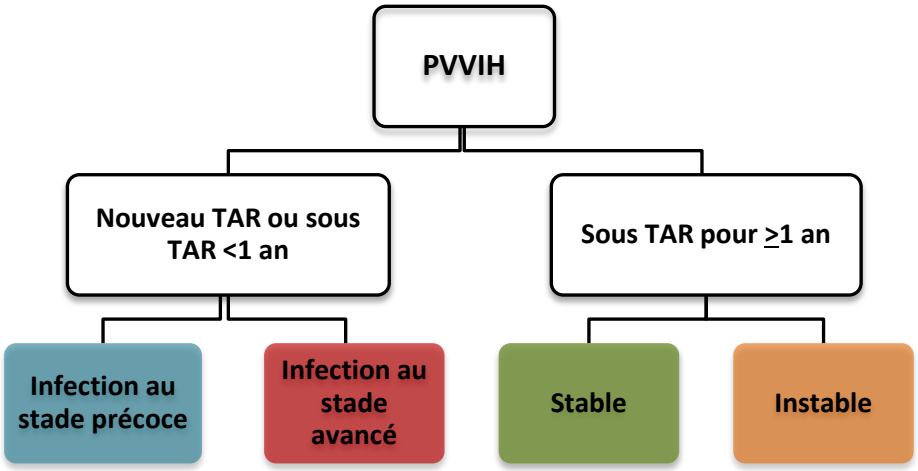
Un patient qui a :

- Reçu un TAR pendant au moins un an et n'a pas eu d'effet indésirable au médicament nécessitant une surveillance régulière
- Aucune maladie ou grossesse actuelle
- N'allaite pas actuellement
- A une bonne compréhension de l'observance à vie
- Preuve de succès du traitement (c.-à-d. deux mesures consécutives de CV non détectable). En l'absence de contrôle CV, une numération croissante de CD4 ou une numération de CD4> 200 cellules /mm^3 et une mesure objective de bonne observance, peuvent être utilisées pour indiquer le succès du traitement.

Il est important de comprendre que cette catégorisation est fluide et que l'évaluation du patient doit avoir lieu à intervalles réguliers ou chaque fois qu'il y a un changement dans le stade clinique ou immunologique. Il est également important de noter que les types de MPCD mis en œuvre devront être modifiés en fonction du type d'épidémie (prévalence élevée ou faible), du cadre de soins (urbain, périurbain ou rural) et des ressources disponibles. Pour chaque groupe de PVVIH, la mise à disposition d'un service différencié devrait prendre en compte les éléments suivants :

- **Aspects cliniques des soins** (prestataire, lieu de la prestation, et fréquence)
- **Services de laboratoire** (type de test - par exemple, CV, numération CD4, dépistage de l'antigène cryptococcique [AgCr] et fréquence)
- **Observance/ soutien psychosocial** (prestataire, lieu du soutien et fréquence)
- **Médicaments** (qui dispense les médicaments et les réapprovisionnement, et à quelle fréquence)

Tableau 2. Aperçu de la classification des patients en matière de prise en charge différenciée



Encadré 3. Classification des patients comme stable ou instable

Classification modifiée du patient comme étant stable ou instable
☐ Actuellement sur TAR > 1 an ☐ > 10 ans, pas enceinte, pas allaitante ☐ Deux résultats CV consécutifs <1000 copies / ml au cours des deux dernières années,* OU CD4 en hausse ou CD4 > 200 cellules/mm³, et bonne observance objective signalée** ☐ Aucune réaction indésirable au médicament nécessitant une surveillance continue ☐ Pas d'infection opportuniste active (IO), y compris tuberculose (TB) ☐ Aucune préoccupation de l'équipe soignante*** --- ☐ **Oui** à tout ce qui précède : **Stable** ☐ **Non** à l'une des réponses ci-dessus : **Instable**
*L'intervalle entre CV ne doit pas être inférieur à six mois. Le résultat le plus récent de la CV devra avoir été obtenu au cours de la dernière année. Pour les patients sous TAR depuis > 2 ans, un seul résultat de CV avec <1000 copies / ml obtenu au cours de la dernière année est suffisant. **Traitement une fois par jour : <2 doses oubliées / mois ; une dose deux fois par jour : <4 doses oubliées / mois OU signalement de médicaments récupérés à temps *** Pas de toxicomanie, de maladie mentale ou de comorbidité nécessitant un suivi étroit et fréquent

Considérations clés pour les sous-groupes de population :

Pour les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de 5 ans, les adolescents, les couples discordants et les populations clés, un TAR doit être instauré de toute urgence et un suivi étroit doit être fourni conformément aux instructions données aux patientes présentant une infection avancée (Tableau 1B). Le tableau 4 décrit les modèles de prise en charge des adolescents.

A. Les PVVIH bien portantes au stade précoce de l'infection

Les patients au stade précoce de l'infection VIH (CD4> 200 cellules /mm³, stade I / II de l'OMS) ont besoin d'un soutien en matière d'observance et de rétention après le début du TAR. Ces services peuvent être dispensés initialement dans les SS, avec l'option d'une orientation vers les services communautaires une fois que le patient est stable sous TAR (voir le tableau 1A). Reportez-vous à l'Annexe 1 pour le « Programme de soins ICAP pour les PVVIH. »

Tableau 1A. Les PVVIH bien portantes au stade précoce de l'infection

Quand	Quoi	Par qui	Où
Première visite (Temps 0)	**Visite clinique :** Confirmation du diagnostic du VIH ; Test de CD4 (base) ; détermination du stade selon les directives de l'OMS ; Dépistage de la tuberculose ; soutien à l'observance et conseils **Médicaments :** initiation TAR et CTX	Clinicien+	Clinique TAR
Semaine 2	**Visite clinique :** Vérifier la présence d'effets secondaires / toxicité ; évaluer l'observance, le soutien et les conseils ; orienter le patient vers un groupe de soutien par les pairs **Médicaments :** renouvellement TAR et CTX pour 1 mois	Personnel infirmier ou conseiller non professionnel	Clinique TAR
Mois 1-2	**Visite clinique :** Evaluer les symptômes cliniques à l'aide de la liste de contrôle des symptômes et vérifier la présence d'effets secondaires / toxicité ; initier le TPI ; évaluer l'observance, soutien et conseils **Médicaments :** renouvellement TAR et CTX pour 1 mois	Personnel Infirmier ou conseiller non professionnel	Clinique TAR
Mois 3	**Visite clinique :** Vérifier la présence d'effets secondaires / toxicité ; évaluer l'observance, le soutien et les conseils ; mettre en relation avec un conseiller en observance communautaire **Médicaments :** renouvellement de TAR, INH et CTX pour 3 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Mois 4–5	Évaluer l'observance, le soutien et les conseils	Conseiller non professionnel	Communauté / domicile ou TAR accélérée à la clinique
Visite importante : Mois 6	**Visite clinique :** Vérifier la présence d'effets secondaires / toxicité ; évaluer de l'observance, soutien et conseils **Labo : prélèvements CV** **Médicaments : Renouvellement** INH pour 1 mois ; Renouvellement TAR et CTX pour 3 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Mois 7	**Visite clinique : Communiquer les résultats de la CV au patient ;** évaluer les symptômes cliniques à l'aide de la liste de contrôle des symptômes et vérifier la présence d'effets secondaires / la toxicité ; évaluer l'observance, soutien et conseils ; Renforcer les conseils et le soutien en fonction des résultats de la CV **Médicaments :** renouvellement TAR et CTX pour 1-3 mois en fonction de la CV	Clinicien+	Clinique TAR
Mois 8 – 11	**VL> 1000** (voir la POS ICAP pour la CV) ** **Visite clinique :** les symptômes cliniques à l'aide d'une liste de contrôle ; évaluer l'observance, renforcer les conseils et le soutien **Médicaments :** renouvellement TAR et CTX pour 1 mois **Laboratoire :** Répéter la CV entre M9 et M11 si bonne observance	Conseiller non professionnel, clinicien ou personnel infirmier pour le résultat répété de la CV	Clinique TAR
	VL <1000 Évaluer l'observance, soutien et conseils **Médicaments :** renouvellement de TAR et CTX pour 3 mois	Conseiller non professionnel	Communauté / domicile ou TAR accéléré à la clinique
Visite importante : Mois 12	**Visite clinique :** Évaluer les symptômes cliniques à l'aide de la liste de contrôle des symptômes	Clinicien+	Clinique TAR

	Laboratoire : Deuxième collecte de prélèvements CV ; soutien à l'observance et aux conseils **Médicaments :** renouvellement de TAR et CTX pour 3 mois Remarque : Le patient est classé comme "**STABLE**" ou "**INSTABLE**" en fonction de l'évaluation clinique et des résultats d'un échantillon CV prélevé à 12 mois		

+ Clinicien : médecins, personnel infirmier, responsables cliniques et techniciens médicaux

** « Procédures opératoires standard pour le personnel clinique de l'ICAP et les agents de santé en matière du contrôle de la charge virale » (Annexe 2)

À chaque contact avec les patients, un agent de santé (clinicien, personnel infirmier ou conseiller non professionnel) évalue le patient et évalue le stade de l'infection en tant que « précoce » ou « avancé », et oriente vers le suivi approprié comme indiqué.

Abréviations : **TB** = tuberculose, **TAR** = traitement antirétroviral, **INH** = isoniazide, **CTX** = Cotrimoxazole, **TPI** = traitement préventif à l'isoniazide, **CV** = charge virale

B. Les PVVIH à un stade avancé de l'infection

Les patients présentant une maladie au stade avancé (stade III / IV de l'OMS ou dont le taux de CD4 est <200 / mm^3) sont exposés à un risque élevé de progression de l'infection et de complications liées au VIH. Ils devraient recevoir un ensemble de soins cliniques[5] conçus pour réduire le risque de morbidité et de mortalité, y compris une initiation rapide du TAR (une fois que le risque de syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire est exclu [IRIS]). Ils devraient recevoir un dépistage antigène cryptococcique ; un dépistage de la TB, un traitement TB ou TPI comme indiqué ; une provision de prophylaxie par CTX ; et un plan de suivi intensif (voir tableau 1B). Reportez-vous à l'ICAP au Kenya « Ensemble de soins pour les personnes sévèrement immunodéprimées » (Annexe 3) et « Soins différenciés pour les adultes présentant un risque élevé de progression de l'infection par le VIH : un appel à l'action » (Annexe 4) pour plus de détails sur « QUELS » services additionnels devraient être fournis aux patients présentant une infection de stade avancé.

L'OMS publie plus tard, en 2017, de nouvelles directives sur le paquet minimal de soins à apporter aux patients qui sont au stade avancé de l'infection par le VIH.[6] L'attente était que ces directives proposent un paquet de soins amélioré pour ces patients, en s'appuyant sur les résultats tirés de l'étude REALITY.[7] L'étude REALITY a évalué un paquet de soins amélioré pour les patients atteints de CD4 <100 cellules / mm^3, comprenant cinq jours d'Azithromycine (500 mg), une dose unique d'Albendazole (400 mg) et 12 semaines d'INH / Pyridoxine (300/25 mg), 12 semaines de Fluconazole (100 mg) et du Cotrimoxazole en continu. Il y a eu une réduction de 27 pourcent de la mortalité par rapport au traitement standard, à savoir le Cotrimoxazole continu.

Tableau 1B. PVVIH au stade avancé de l'infection

Quand	Quoi	Par qui	Où
Première visite (Temps 0)	**Visite clinique :** confirmation du diagnostic du VIH ; Test de CD4 (base) ; détermination du stade selon les directives de l'OMS ; Dépistage de la tuberculose ; soutien à l'observance et conseils **Médicaments :** initiation TAR et CTX	Clinicien+	Clinique TAR
Semaine 2	**Visite clinique :** gérer les IO co-existantes ; vérifier la présence d'effets secondaires / toxicité ; évaluer l'observance, soutien et conseils **Médicaments :** renouvellement TAR et CTX pour 1 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Mois 1-2	**Visite clinique :** gérer les IO ; vérifier la présence d'effets secondaires / toxicité ; commencer PTI ; évaluer l'observance, soutien et conseils **Médicaments :** renouvellement TAR, INH et CTX pour 1 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Mois 3	**Visite clinique :** Vérifier la présence d'effets secondaires/toxicité ; évaluer l'observance, soutien et conseils **Médicaments :** renouvellement TAR, INH et CTX pour 1 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Mois 4–5	**Visite clinique :** Vérifier la présence d'effets secondaires/toxicité ; évaluer l'observance, soutien et conseils **Médicaments :** renouvellement TAR, INH et CTX pour 1 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Visite importante : Mois 6	**Visite clinique :** Vérifier la présence d'effets secondaires/toxicité ; évaluer l'observance, soutien et conseils **Laboratoire : prélèvements CV** **Médicaments :** renouvellement TAR, INH et CTX pour 1 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Mois 7	**Visite clinique : Communiquer les résultats de la CV au patient ;** évaluer les symptômes cliniques à l'aide de la liste de contrôle des symptômes et vérifier la présence d'effets secondaires / la toxicité ; évaluer l'observance, soutien et conseils ; Renforcer les conseils et le soutien en fonction des résultats de la CV **Médicaments : Renouvellement** INH pour 1 mois ; Renouvellement TAR et CTX pour 3 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Mois 8-11	**VL> 1000** (voir la POS ICAP pour la CV) ** **Visite clinique :** Vérifier la présence d'effets secondaires / toxicité ; soutien à l'observance ; renforcer les conseils **Médicaments :** renouvellement TAR et CTX pour 1 mois **Laboratoire** : Répéter la CV entre M9 et M11 avec preuve de bonne observance	Clinicien+	Clinique TAR
	VL <1000 **Visite clinique :** Vérifier la présence d'effets secondaire/toxicité ; évaluer l'observance, soutien et conseils **Médicaments** : renouvellement de TAR et CTX pour 3 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Visite importante : Mois 12	**Visite clinique :** évaluer les effets secondaires / toxicité **Laboratoire : Deuxième collecte de prélèvements CV** ; conseils et soutien à l'observance **Médicaments :** renouvellement TAR et CTX pour 1 mois Remarque : Le patient est classé comme "**STABLE**" ou "**INSTABLE**" en fonction de l'évaluation clinique et des résultats d'un prélèvement CV effectué à 12 mois	Clinicien+	Clinique TAR

+ Clinicien : médecins, personnel infirmier, responsables cliniques et techniciens médicaux

** « Procédures opératoires standard pour le personnel clinique de l'ICAP et les agents de santé en matière du contrôle de la charge virale » (Annexe 2)

À chaque contact avec les patients, un agent de santé (clinicien, personnel infirmier ou conseiller non professionnel) évalue le patient et classe de nouveau le stade de l'infection « précoce » ou « avancé », et l'oriente vers le suivi approprié comme indiqué.

Abréviations : **AgCr** = antigène cryptococcique, **TB** = tuberculose, **TAR** = traitement antirétroviral, **INH** = Isoniazide, **CTX** = Cotrimoxazole, **TPI** = traitement préventif à l'Isoniazide, **IO** = infections opportunistes, **CV** = charge virale

C. Les PVVIH stables sous TAR

Les patients stables sous TAR depuis au moins un an peuvent être vus moins souvent et reçoivent leur TAR via une procédure accélérée dans une clinique de TAR, dans la communauté ou à domicile (avec des visites cliniques à la SS tous les 3 à 6 mois et un contrôle annuel de la CV) (voir tableau 2A). Il est important de reclasser les patients après chaque CV et / ou évaluation clinique et de préciser par qui, avec quoi, quand et où le patient doit être pris en charge. Lorsque les patients passent d'une distribution de TAR en SS à une distribution de TAR communautaire, il s'agit d'assurer un suivi rapproché afin de vérifier que ceux-ci sont bien en contact avec le groupe de distribution et que leurs traitements ne sont pas interrompus.

Tableau 2A. Patients stables sous TAR pendant un an ou plus

Quoi	Par qui	Où
Évaluations cliniques tous les 3 à 6 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Laboratoire : suivi de la CV tous les 12 mois*	Clinicien+	Clinique TAR
Soutien psychosocial / d'observance tous les 3 à 6 mois	Conseiller non professionnel ou ASC	Communauté / domicile, procédure accélérée à la clinique ou groupe de distribution en structure sanitaire
Distribution des médicaments tous les 3 à 6 mois	Conseiller non professionnel ou ASC	Communauté / domicile, procédure accélérée à la clinique ou groupe de distribution en structure sanitaire

+ Clinicien : médecins, personnel infirmier, responsables cliniques et techniciens médicaux
*Reclasser les patients après chaque suivi de charge virale et / ou évaluation clinique

D. Les PVVIH instables sous TAR

Il est fort probable que pour les patients instables sous TAR pendant moins d'un an, les résultats cliniques soient médiocres, avec notamment des complications et / ou des échecs thérapeutiques. Ces patients font l'objet d'une surveillance clinique rapprochée, qui devra être dispensée le plus souvent en SS. Ils devraient bénéficier d'un soutien renforcé en matière d'observance[8] et de tests de CV, et être reclassés en fonction des résultats et de l'évaluation clinique (voir tableau 2B).

Tableau 2B. Les patients instables sous TAR depuis moins d'un an

Quoi	Par qui	Où
Évaluations cliniques tous les 1-2 mois	Clinicien+	Clinique TAR
Laboratoire : suivi de la CV tous les 3 mois après un soutien renforcé à l'observance*	Clinicien+	Clinique TAR
Soutien psychosocial / d'observance** tous les 1-2 mois	Conseiller non professionnel, conseiller en observance, ou pharmacien	Clinique TAR
Distribution de médicaments tous les 1-2 mois	Conseiller non professionnel, conseiller en observance, ou pharmacien	Clinique TAR

+ Clinicien : médecins, personnel infirmier, responsables cliniques et techniciens médicaux
*Reclasser les patients après chaque suivi de charge virale et / ou évaluation clinique
** Voir l'outil de plan d'observance amélioré ICAP (voir annexe 11)

II. Prise en charge différenciée pour les patients stables

La fourniture de TAR pour les patients stables peut être simplifiée et rationalisée pour améliorer l'efficacité et la qualité en orientant les patients vers d'autres points de services afin de décongestionner les SS, par le biais d'une orientation thérapeutique vers la communauté ou en accélérant le traitement des patients qui reçoivent leurs médicaments en SS. Les sections suivantes, ainsi que le tableau 3, résument les diverses innovations programmatiques pour une prise en charge différenciée des patients stables sous TAR.

A. Prestation de TAR en structure sanitaire

Les patients stables sous TAR ont la possibilité de se réapprovisionner en médicaments auprès des SS. Ces visites sont distinctes des consultations cliniques ; les patients peuvent se rendre soit directement à la pharmacie pour récupérer le renouvellement des traitements, soit s'en occuper lorsqu'ils assistent aux réunions du groupe d'observance de la structure sanitaire.

i. Réapprovisionnement rapide En Antirétroviraux

Les patients stables doivent être traités rapidement lorsqu'ils se présentent à la clinique et accéder directement à la pharmacie pour leurs réapprovisionnements, sans avoir à consulter un clinicien. Cela peut être réalisé par le biais de l'enregistrement rapide . Une fois l'enregistrement terminé, le personnel de réception oriente le patient vers la pharmacie ou le point de distribution désigné pour la distribution des médicaments. Les médicaments doivent être pré-emballés et étiquetés au moins un jour à l'avance et conservés au point de distribution. Au moment de la distribution du médicament, le pharmacien ou le personnel de santé fait un dépistage rapide des symptômes et effectue une vérification de l'observance. Le patient est renvoyé à la maison sauf s'il signale une plainte ou si le résultat de son évaluation révèle un résultat positif (voir annexe 5). Les patients doivent avoir la possibilité de consulter un prestataire de soins cliniques si des préoccupations ont été constatées une fois l'évaluation complétée. Le pharmacien ou le personnel de santé doit fournir une fiche mensuelle des médicaments distribués pour faire un suivi des patients et établir un rapport.

ii. Groupes TAR au sein de la structure sanitaire

Une distribution groupée des médicaments, pour les patients stables, peut être proposée pour ceux qui participent aux groupes d'observance de la SS. Les groupes sont animés par des pairs éducateurs ou des clients experts, avec un encadrement du personnel infirmier et/ ou de médecins si nécessaire. Ils fonctionnent également comme groupes de soutien par les pairs. Ils sont généralement constitués de groupes d'une trentaine de patients qui se rencontrent tous les deux ou trois mois pendant moins d'une heure. Au cours de la session de groupe, les tâches essentielles, telles que la pesée et les évaluations de santé basées sur les symptômes, sont assurées par un pair éducateur formé ou un ASC qui joue le rôle de facilitateur du groupe. Les évaluations sont consignées dans les dossiers des patients (voir annexe 6) et contrôlées par le personnel de la clinique via un formulaire de rapport mensuel. L'animateur de groupe remplit le formulaire de rapport mensuel pour faire le suivi et le rapport des patients. Tout patient signalant des symptômes est référé à la clinique TAR pour une évaluation prioritaire par un clinicien. Tous les membres du groupe consultent un membre du personnel infirmier deux fois par an : une fois pour des tests sanguins, puis deux mois plus tard pour leur bilan clinique annuel. L'animateur de groupe est également chargé de remplir le registre du groupe (exemple présenté à l'Annexe 7).

B. Distribution du TAR au sein de la communauté/ à domicile

Les patients stables sous TAR ont la possibilité de se réapprovisionner en médicaments auprès d'un lieu désigné de la communauté ou de former un groupe dans lequel les membres se relaient pour aller chercher les médicaments à la SS et les distribuer aux autres membres du groupe de TAR communautaire (GTC). Le succès des modèles de TAR communautaires repose sur un soutien efficace et sur des ressources suffisantes, incluant : un groupe de travailleurs non professionnels ; un approvisionnement en médicaments flexible et fiable ; un accès à une prise en charge clinique de qualité ; et un système de suivi sûr pour la prise en charge des patients (idéalement, incluant la CV). Il s'agit d'évaluer et d'adapter les modèles de façon plus poussée afin d'assurer un meilleur accès aux patients présentant un risque élevé d'être perdus de vue. Au minimum, il faudrait : un registre pour documenter la présence et la distribution des

médicaments, un simple formulaire de dépistage et une fiche de suivi de la présence (exemple présenté à l'annexe 8) pour la vérification des activités par l'agent de santé et le représentant du GTC.

i. Points de distribution communautaires du TAR

Des membres de réseaux de PVVIH forment un groupe et vont chercher leurs médicaments auprès d'un point de distribution communautaire. Un travailleur non professionnel dispense des médicaments, effectue la pesée ainsi qu'un dépistage fondé sur les symptômes et facilite le soutien de pairs par des patients experts après la distribution du médicament. Les patients se rendent au point de distribution tous les trois mois pour les réapprovisionnements de TAR, et se présentent semestriellement en SS pour une consultation clinique et des analyses de sang (avec un contrôle de CV chaque année). Les travailleurs non professionnels orientent également les clients vers une prise en charge clinique lorsque le résultat du dépistage est positif. Les patients qui ne se présentent pas à leurs visites sont suivis par des pairs conseillers au moyen d'appels téléphoniques ou de visites à domicile. Les points de distribution peuvent également proposer un dépistage du VIH et des conseils gratuits au niveau de la communauté. Les points de distribution communautaires nécessitent des effectifs de travailleurs non professionnels, des espaces sécurisés pour stocker les médicaments et un moyen de transport pour acheminer les médicaments de la SS vers les points de distribution. Il faudrait mettre en place un mécanisme de transmission des informations collectées au point de distribution vers les SS où les patients sont orientés pour leurs prises en charge cliniques, ainsi qu'un système de suivi et d'évaluation (S & E) permettant de contrôler l'observance et la rétention, avec un retour d'information à la SS.

ii. Groupe de TAR communautaire dirigé par des agents de santé communautaires (ASC)/Pairs éducateurs

Les groupes d'observance des TAR pour les patients sous TAR sont animés par un ASC ou un membre du personnel non clinique, tel qu'un pair-éducateur, en fonction du contexte local. Le groupe est composé d'environ 15 à 30 patients stables qui se rencontrent tous les deux ou trois mois. L'animateur du groupe fournit une évaluation clinique rapide, une orientation (si nécessaire), un soutien par les pairs et la distribution d'un TAR préemballé. Les membres se rendent à la clinique deux fois par an pour un suivi clinique.

iii. Groupe de TAR communautaire dirigé par des patients

Les membres d'un groupe communautaire de patients stables et sous TAR collectent à tour de rôle les médicaments à la clinique et les distribuent au reste du groupe. Les membres du groupe s'entraident aussi en matière d'observance et de suivi des résultats. Le groupe est composé de 5 à 8 patients sous TAR stables, qui sont formés à des rôles et à des responsabilités spécifiques, notamment la reconnaissance des symptômes nécessitant une orientation vers une clinique, l'utilisation d'outils pour recueillir des informations sur la présence minimale, et la communication avec les agents de la santé. Ils se réunissent tous les mois au domicile d'un membre du GTC ou dans un lieu communautaire pour distribuer les médicaments et se soutenir mutuellement. Chaque membre reçoit une consultation clinique et des analyses de sang lors de sa visite à la clinique. La présence d'un membre du personnel infirmier ou d'un pair-éducateur est essentielle, car il est chargé de surveiller le groupe et de vérifier que les médicaments ont bien été réceptionnés et signés.

Tableau 3. Résumé des modèles de prise en charge différenciée en matière de distribution de TAR pour les patients stables[2]

Où	Distribution de TAR en structure sanitaire		Distribution du TAR dans la communauté / a domicile		
Type	**Renouvellement accéléré du TAR**	**Groupes d'observance en structure sanitaire**	**Points de distribution communautaires TAR**	**Groupe communautaire de renouvellement TAR dirigé par des pairs éducateurs**	**Groupe communautaire de TAR dirigés par des patients**
Contexte	Urbain/rural	Urbain	Urbain/rural	Rural	Rural
Qui *Prestataire* *Clients*	Technicien en pharmacie ou personnel infirmier	Technicien en pharmacie Personnel Infirmier, ou pair, ou conseiller non professionnel Groupe de 25-30 patients	Personnel infirmier communautaire ou pair ou conseiller non professionnel	Pair ou conseiller non professionnel Groupe de 15 à 30 patients stables	PVVIH Groupe de 5 à 8 patients stables
Où	Pharmacie de la clinique en structure sanitaire offrant des TAR	Espace de rencontre dans une structure sanitaire offrant des TAR	Lieu communautaire plus proche du domicile du patient	Lieu communautaire plus proche du domicile du patient	Maison du patient ou lieu communautaire
Quoi	- Distribution des médicaments (TAR, CTX, INH) -Dépistage rapide de symptôme -Suivi de l'observance -Fourniture de préservatifs	-Distribution des médicaments (TAR, CTX, INH) -Dépistage rapide de symptôme -Suivi de l'observance - Soutien psychosocial -Fourniture de préservatifs	Distribution des médicaments (TAR, CTX, INH) -Dépistage rapide de symptôme -Suivi de l'observance - Soutien psychosocial -Fourniture de préservatifs	- Distribution des médicaments (TAR, CTX, INH) - Appui psychosocial -Fourniture de préservatifs	- Distribution des médicaments (TAR, CTX, INH) - Soutien psychosocial
Quand	Tous les 3-6 mois	Tous les 2-4 mois	Une fois tous les 2-3 mois	Une fois tous les 2-3 mois	Tous les mois
Comment	Médicaments préemballés	Médicaments préemballés	-Médicaments préemballés -Espace de stockage des médicaments au niveau communautaire	-Médicaments préemballés en SS -L'hôte récupère ses médicaments le jour de la visite clinique en SS	-Médicaments préemballés en SS -L'hôte récupère ses médicaments le jour de la visite clinique en SS
S & E	-Registre pour documenter la distribution des médicaments -Liste de contrôle des symptômes	-Registre GTC -Formulaire du suivi à la participation -Liste de contrôle des symptômes	-Registre GTC -Formulaire du suivi à la participation -Liste de contrôle des symptômes	-Registre GTC -Formulaire du suivi à la participation	-Registre GTC -Formulaire du suivi à la participation

[1] Modified from Bemelmans M, Baert S, Goemaere E, et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop Med and Int Health.* 2014;19(8):968–977.

III. Prise en charge différenciée pour d'autres sous-groupes de population

A. Adolescents

Les adolescents vivant avec le VIH (AVVIH) ont des besoins distincts du fait de changements physiologiques, psychologiques et comportementaux rapides.[9] De manière générale, les résultats cliniques des AVVIH sont inférieurs à ceux des adultes et ils courent un risque plus élevé d'être perdus de vue (moins des deux tiers des adolescents sont capables de maintenir une observance de 95 %[10]). Les AVVIH sont souvent regroupés avec des enfants ou des adultes, de sorte que les données spécifiques en rapport avec l'offre de soins aux adolescents sont limitées. Les adolescents infectés verticalement et horizontalement présentent certaines similitudes, mais peuvent également avoir des besoins et des conditions cliniques distincts qui exigent des approches différentes en matière de prise en charge. L'OMS a récemment achevé une étude du MPCD pour les AVVIH, et a découvert six MPCD ciblant les adolescents, dont des groupes de jeunes et ados, des GTC, des ordonnances de médicaments pour plusieurs mois, des TAR communautaires et des services du samedi axés sur les adolescents. Il y avait trois autres modèles incluant à la fois des adolescents et des enfants. Tous les modèles ont été mis en œuvre dans des zones à forte prévalence et à épidémie généralisée comprenant des zones urbaines, périurbaines et rurales. Deux de ces modèles spécifiques aux adolescents étaient des groupes gérés par des agents de la santé, deux autres des variantes du modèle de groupe géré par le client et enfin deux qui étaient une combinaison de modèles individuels gérés par des AS de la SS (voie accélérée). Le tableau 4 met en évidence les principales différences entre les neuf modèles identifiés par l'OMS.

B. Femmes enceintes et allaitantes

Dans la plupart des pays fortement touchés, la PTME et la prise en charge VIH ont été intégrées pour les femmes enceintes et allaitantes selon un modèle à guichet unique. Par conséquent, le MPCD devra non seulement fournir des soins intégrés, mais également prendre en compte les divers défis auxquels les femmes sont confrontées tout au long du continuum de la PTME, notamment pendant la grossesse, la période post-partum et le retour aux soins pour le VIH. Différents MPCD pour les femmes enceintes et allaitantes ont été mis en œuvre pour faciliter leur accès aux services essentiels (tels que les TAR adéquats) pendant les périodes de vulnérabilité du continuum de soins (par exemple, le moment de l'accouchement). Dans certains pays, comme l'Afrique du Sud, les femmes post-partum sont intégrées dans des groupes d'observance communautaires ou des groupes postnatals, animés par des conseillères non professionnelles ou des mères mentors.

Tableau 4. Résumé des modèles de prise en charge différenciée pour les AVVIH *

Type de modèle	Groupe géré par les agents de la santé	Groupe dirigé par le client	Groupe géré par les agents de la santé	Groupe géré par les agents de la santé	Par une personne en structure sanitaire	En structure sanitaire avec soutien communautaire	Par une personne en structure sanitaire	Par une personne en structure sanitaire	Par une personne hors structure sanitaire
Intitulé du modelé	**Groupe de jeunes**	**Adolescents en GTC**	**Groupe ado du samedi**	**Groupe Ado Swazi**	**Clinique du samedi pour ado**	**Groupe de soutien au traitement par des pairs-adolescents. (CATS)**	**Renouvellement de trois mois**	**PMM/ (SPEEDI)**	**C-BTAR**
Contexte	Urbain /rural	Urbain /rural	Urbain	Zones péri-urbaines	Zones périurbaines	Urbain	Urbain /rural	Urbain	Urbain
Qui Critères d'éligibilité	20-30 patients 12-25 ans ; > 12 m de TAR ; 2 VL <400; Bien portant	20-30 patients > 12-18 ans ; > 6m en 1ère intention ; > 200 Bien portant & divulgué	9 à 23 ans ; Sous TAR ; Divulgué	10 - 19 ans > 6m sous TAR * ; 1 CV <1000 ; Bien portant	13-24 ans ; > 6m sous TAR ; Divulgué ; Bien portant	17–23 ans	Aucun critère connu	0-25 ans ; > 6m sous TAR ; 1 CV <1000 ; Bien portant	> 1 an
Examen clinique : Qui Quand Où	Personnel infirmier Annuellement CSP	Personnel infirmier Tous les 6m CSP	Personnel infirmier/méd. Tous les 2m Tertiaire / CSP	Personnel infirmier/méd. Tous les 6m CSP	Médecin Tous les 2m CSP	Personnel infirmier Tous les 3m	Personnel infirmier Tous les 3m CSP	Personnel infirmier/méd. Tous les 4–6m Clinique spécialisée	Équipe de sensibilisation Tous les 3-6m Communauté
Renouvellement TAR : Qui Quand Où	Agent de sante non professionnel 4x2m puis 1x4m CSP	Pair Tous les mois Communauté	ASNP / clinicien Tous les 2m Tertiaire / CSP	ASNP / clinicien Tous les 3m CSP	ASNP / médecin Tous les 2m CSP	Personnel infirmier Tous les 3m CSP	Personnel infirmier Tous les 3m CSP	ASNP / clinicien / pharmacien Tous les 2-3m Clinique spécialisée en pédiatrie	Équipe de sensibilisation Tous les 3-6m Communauté

Informations complémentaires	http://www.differentiatedcare.org/Models/YouthClubs/ Details #	Programme MSF à Tete	http://dignitasinternational.org/hiv/teen-club/ https://botswanateenclub.wordpress.com/ /	CATS fournit des visites hebdomadaires à domicile et des activités mensuelles de groupe de soutien

* Modifié à partir de la procédure de consultation de l'OMS sur le MPCD du VIH pour des populations et des contextes spécifiques, 16-18 novembre 2016, Genève, Suisse.

Abréviations : **AS** = agent de la santé, **CSP** = centre de santé primaire, **ASNP** = agent de sante non professionnel, **m** = mois, **PMM** = prescription multi-mois, **SPEEDI** = Initiative pour la normalisation des rencontres accélérées pour les TAR, **C-BTAR** = TAR communautaire

IV. Considérations relatives au suivi et à l'évaluation

La PCD diversifie le « qui, quoi, quand et où » de la conception des programmes de lutte contre le VIH. Par exemple, pour ceux qui évoluent bien sous TAR, les programmes peuvent offrir des services accélérés, des visites moins fréquentes, une prescription de plusieurs mois, des groupes de TAR et / ou des GTC. D'autres services PCD sont adaptés aux patients présentant une infection VIH avancée ou à ceux présentant un échec virologique. Ces modèles peuvent inclure des évaluations plus fréquentes, une surveillance clinique et de laboratoires plus étroite et des interventions cliniques et psychosociales intensifiées. Des services différenciés peuvent également être développés pour les enfants, les adolescents et les jeunes, les femmes enceintes et allaitantes, les populations clés et vulnérables et pour d'autres types de patients.

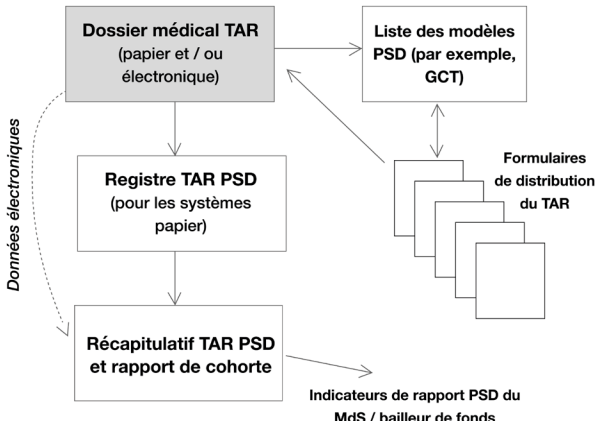
Ces changements représentent un défi pour les systèmes de S & E du programme VIH existant. Afin de tenir compte de la diversification des services et de fournir des données précises, complètes et opportunes pour pouvoir élaborer des rapports et améliorer le programme, il faudra adapter les outils de S & E (y compris ceux de la collecte des données, du suivi et du rapportage), de stratégies de S & E, et de mesures d'évaluation du programme. De nouvelles méthodes d'évaluation qui mesurent des aspects uniques de la PCD, tels que son impact sur la qualité de la prise en charge des patients et la productivité des prestataires, peuvent également être nécessaires. L'adoption de processus de S & E spécifiques axés sur la PCD devra être adaptée aux contextes respectifs, et basée sur les caractéristiques des systèmes de S & E et de PCD existants.

Les adaptations aux systèmes de S & E existants peuvent inclure :

1) **Mise à jour des outils existants des systèmes d'information de santé (SIS)**, tels que le dossier médical TAR du patient, afin de saisir les éléments clés de la prise en charge différenciée, et **introduction de nouveaux outils** permettant d'enregistrer les services dispensés aux patients recevant divers services liés au VIH, y compris ceux fournis en dehors du cadre clinique
2) **Établir un flux de données efficace** entre tout nouvel outil et le dossier médical VIH du patient
3) **Établir et définir des indicateurs** à rapporter systématiquement, décrivant de manière adéquate l'utilisation et les résultats de divers services fournis par les structures sanitaires et les communautés
4) **Développement et mise en œuvre d'outils et de systèmes permettant de générer des synthèses d'information** pour la PCD, y compris des données permettant de calculer de nouveaux indicateurs dans le cadre de l'évaluation des programmes

Pour optimiser la mise en œuvre et assurer la pérennité, ces systèmes et outils de S & E devraient être développés puis mis en œuvre en collaboration avec le ministère de la Santé (MdS) et les autres acteurs, et devraient, dans la mesure du possible, incorporer les orientations mondiales en vigueur et les enseignements tirés d'autres contextes. Un aperçu des éléments du système de S & E pour une adaptation potentielle, ainsi que des considérations supplémentaires sur le S & E pour les développeurs de PCD, est présenté ci-dessous.

Encadré 3. Exemple de flux de données de S & E pour la PCD



À noter que ces recommandations s'appliquent à un système dans lequel les éléments de la PCD sont dans la mesure du possible intégrés aux programmes VIH existants, et qu'ils s'appuient sur des outils tels que le dossier médical du patient et le

dossier médical électronique, afin de rationaliser les systèmes de collecte et de rapport des données (voir schéma du flux des données à l'encadré 3). Cette intégration peut ne pas être réalisable à court terme dans certains contextes ; cependant, à mesure que divers modèles de prestation deviennent standardisés et que les indicateurs requis par le ministère de la Santé et par les bailleurs de fonds commencent à nécessiter des données spécifiques à la PCD, il sera essentiel de réduire au minimum l'utilisation d'outils parallèles non intégrés.

Enfin, notez que ces considérations du S & E sont axés sur le soutien des MPCD pour les patients stables. Les approches de S & E de la PCD pour d'autres sous-groupes de population (par exemple, les adolescentes, les femmes enceintes et allaitantes et certains patients instables) peuvent différer et nécessiteront d'être développées à mesure que des stratégies spécifiques de PCD pour ces sous-groupes de population seront mieux établies.

A. Outils pour documenter la PCD

En général, les informations spécifiques à la PCD ne sont pas enregistrées dans les dossiers médicaux des patients sous TAR actuellement disponibles, ni par d'autres outils nationaux de S & E. Par exemple, les outils SIS actuels n'enregistrent généralement pas d'informations longitudinales sur l'admissibilité des patients au MPCD, sur les modèles de soins qu'ils reçoivent ou sur le type de services fournis (par exemple, la fréquentation d'un groupe en structure sanitaire, les réapprovisionnements accélérés de TAR). Ces informations supplémentaires sont nécessaires à la fois pour éclairer la gestion clinique des patients, pour fournir des données pour le S & E et pour améliorer la qualité. En outre, il est prévu que les patients puissent passer d'un modèle de prise en charge à un autre en fonction de leur état clinique ou de leurs besoins psychosociaux. Par conséquent, pour une mise en œuvre efficace de la PCD, les dossiers médicaux de TAR du MdS et les outils associés, tels que les synthèse des données et les bases de données de patients (décrits ci-dessous), devront être adaptés pour créer un nouvel ensemble d'outils permettant d'identifier les services fournis. Dans certains cas, de nouveaux outils de S & E devront être développés.

i. Adapter le dossier médical du patient sous TAR

La plupart des dossiers médicaux nationaux de soins VIH et de TAR ne documentent pas les informations clés de la PCD, telles que la **classification des patients en tant que**

Tableau 5. Éléments de données illustratifs à ajouter au dossier médical de TAR

Élément de données	Instructions / Réponses
Type de visite	Consultations cliniques □TAR accéléré □ group d'observance en SS □ Points de distribution TAR communautaires □ Groupe de TAR communautaire dirigé par les pairs Groupe de TAR communautaire dirigés par les patients
Uniquement pour les visites en clinique :	
Patient stable ?	□ Stable □ Instable Si instable, comment ? _____
Patient éligible pour un traitement accéléré, un groupe d'observance, ou un groupe TAR ?	□ Éligible □ Inéligible Si non éligible, pourquoi ? □ Instable □ Autre :
Assigne au MPCD	□ TAR en clinique VIH □TAR accéléré □ Group d'observance en établissement □ Points de distribution de TAR communautaires □ Groupe de TAR communautaire dirigé par les pairs Groupes de TAR communautaires dirigés par les patients
ID du groupe	Numéro d'identification attribué par la SS au club ou au groupe (pour les patients assignés à un club d'observance en établissement ou à un groupe communautaire TAR)
Uniquement pour les visites hors-clinique :	
Date de distribution du TAR	Date à laquelle le patient a reçu le TAR ou, pour les groupes, date à laquelle le TAR a été réceptionné par un membre du groupe
Approvisionnement de TAR distribué	Documenter la quantité de TAR dispense (par exemple, 1 mois)
Commentaires	On peut noter des symptômes ou un diagnostic de TB, une grossesse, des problèmes d'observance ou des problèmes de santé nécessitant un

patients stables / instables et éligibles / non éligibles à la PCD au fil **du temps, ou le type de services PCD** fournis au patient. Que ces indicateurs soient agrégés ou non et utilisés à des niveaux plus élevés du système de santé, ils restent importants pour la prise en charge individuelle de chaque patient. L'éligibilité à la PCD ainsi que les services des MPCD et des PCD fournis doivent être ajoutés au dossier médical de TAR utilisé dans le pays en soutien au suivi de routine de la mise en œuvre de la PCD (voir tableau 5).

1. Éligibilité à la PCD

À l'heure actuelle, la plupart des directives déterminent l'éligibilité à un MPCD spécifique en utilisant des critères démographiques, cliniques, de laboratoire et psychosociaux spécifiques. Par conséquent, ces variables doivent être évaluées et documentées à intervalles réguliers et des classifications d'éligibilité enregistrées à chaque instant. Les dossiers des structures sanitaires, y compris le dossier de TAR du patient, nécessiteront probablement une adaptation afin de documenter le statut d'éligibilité des patients à intervalles réguliers (par exemple, tous les six ou 12 mois). Les critères d'exclusion de la PCD devront également être évalués régulièrement et documentés au fil du temps afin de déterminer la couverture par un tel modèle dans une SS ou un programme spécifique, et pour permettre aux patients de passer d'un modèle de soins à un autre.

2. Documenter le MPCD et les services reçus

En plus de documenter l'éligibilité à la PCD, le dossier médical du patient sous TAR devra également montrer à chaque visite si le patient est classé ou non parmi ceux qui doivent recevoir une PCD ; s'il reçoit ou non réellement une PCD ; quel (s) type (s) de services de PCD sont fournis ; et où (par exemple, communauté, pharmacie, laboratoire). Étant donné que beaucoup de MPCD impliquent la fourniture de services en dehors de la SS et en dehors de la visite d'une clinique VIH, le dossier médical du TAR doit être mis à jour pour enregistrer les dates de réception du TAR par le patient, la quantité de TAR fourni, et tous les autres services (conseils, tests de laboratoire, etc.) qui ne coïncideraient pas avec les visites en clinique VIH. Des champs supplémentaires, tels que le dépistage de la TB, l'état de grossesse, les services de planification familiale, les résultats de l'évaluation de l'observance du TAR et l'évaluation des autres comorbidités, peuvent être ajoutés en fonction de la portée des informations recueillies durant la prise en charge différenciée dispensée hors structure sanitaire. Les champs possibles de prise en charge pouvant être inclus dans un dossier de TAR adapté seront définis par les éléments de données collectées par tous les nouveaux outils de S & E introduits, et cela pour être utilisés dans le cas de TAR moins intensifs (décrits ci-dessous).

En résumé, les données collectées ou gérées dans le dossier médical de TAR sous PCD, doivent inclure tous les éléments relatifs aux soins standards des visites cliniques des patients. Ceux-ci comprennent les données médicales, les données liées à l'observance, aux analyses de laboratoires et aux services de pharmacie, ainsi que toutes nouvelles informations comme les classifications mentionnées plus tôt ; les informations sur le modèle de PCD auquel le patient a été assigné ; le numéro d'identification attribué au GTC ou au site (selon le cas) ; et les informations longitudinales sur les services fournis, telles que les dates de réception des TAR et les informations provenant d'évaluations de routine, comme celles liées au dépistage de la TB et à la surveillance de l'observance thérapeutique. Il est important de reconnaître que le MPCD évolue et qu'une flexibilité est donc nécessaire pour pouvoir ajouter de nouveaux éléments aux modèles médicaux adoptés au fur et à mesure de leur intégration dans les programmes.

ii. Adapter les outils et les systèmes de pharmacie

Il est possible que les dossiers du TAR du patient ne contiennent toujours pas suffisamment d'éléments liés à la classification et aux soins des MPCD et des PCD reçus. Il faudra donc certainement adapter les outils et systèmes en place dans les pharmacies des structure sanitaires mettant en œuvre la PCD, pour garantir une meilleure efficacité des services. Par exemple, les pharmacies peuvent instaurer des systèmes facilitant la planification des prélèvements TAR prévus (par exemple, pour permettre le préemballage des médicaments), comme indiqué dans le projet de carnet de rendez-vous de réapprovisionnement du TAR élaboré par le ministère de la Santé du Kenya (voir l'encadré 4).

Encadré 4. Aperçu de carnet de rendez-vous pour le réapprovisionnement du TAR du MdS du Kenya[9]

HIV CARE & TREATMENT REFILL APPOINTMENT DIARY SCHEDULED VISITS			
S/N	**Unique ID**	**Name** [First, Middle, Last]	**ART Refill Model** [Use codes]
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ART REFILL ATTENDANCE SUMMARY				
Fast Track	**Community ART Distribution** – HCW Led	**Community ART Distribution** – Peer Led	**Facility ART Distribution Group**	**Total**

ART REFILL MODEL CODES
FT = Fast Track **CADH = Community ART Distribution – HCW Led** **CADP = Community ART Distribution – Peer Led** **FADG = Facility ART Distribution Group**

iii. Nouveaux outils pour documenter les services de PCD

Les dossiers médicaux des patients sous TAR et les autres outils de S & E, tels que les registres de rendez-vous des structures sanitaires, ne seront probablement pas disponibles au point de service du MPCD communautaire. Par conséquent, des outils pour documenter la participation et enregistrer les informations des patients, au fur et à mesure que les services sont fournis, devront être développés et mis en œuvre. Ces outils doivent être adaptés aux besoins de documentation de chaque MPCD actif ou planifié dans un contexte spécifique (groupes d'observance en structure sanitaire, points de distribution communautaires de TAR).

Exemple : Groupes de TAR communautaires

Dans ce MPCD, les patients stables et asymptomatiques se rendent dans une clinique du VIH une à deux fois par an pour des évaluations cliniques et d'analyses régulières, tandis que la distribution des médicaments, l'évaluation de l'observance, le dépistage des symptômes et, dans certains cas, le soutien psychosocial sont fournis au niveau communautaire. Du point de vue du S&E, les défis associés sont les suivants : il faut s'assurer que la SS possède un dossier complet incluant les services fournis en dehors des SS , il faut favoriser une communication claire et bidirectionnelle entre la SS et les systèmes communautaires, assurer l'identification appropriée des perdus de vue et éviter le double comptage des patients. Pour les GTC dirigés par les pairs et les patients, au moins deux nouveaux outils seront nécessaires : une liste des patients inclus dans chaque groupe ou groupe lié à une structure sanitaire spécifique, et un registre ou un formulaire documentant la distribution des TAR et les autres services fournis (ce dernier doit être complété à chaque événement de distribution de TAR pour chaque groupe).

La **liste des patients** dans un GTC spécifique peut être conçue pour documenter les caractéristiques du club / groupe - telles que son numéro d'identification, le lieu de la réunion et le nom du correspondant principal- et pour enregistrer les identités (nom, numéro de TAR) ainsi que les coordonnées des patients membres du club / groupe. La liste peut être aussi utilisée pour suivre les entrées et sorties des patients du groupe. L'encadré 5 montre un exemple de liste GTC, utilisée par Médecins Sans Frontières.

Figure 5. Liste des patients inclus dans les GTC (Source : Médecins Sans Frontières) [10]

Facility name:					Focal person name:			Meeting area:	
CAG number:					Focal person contact number:				
CAG member number	ART number	First name	Surname	Sex	DOB	Mobile number	Date ART initiation	Date joined CAG	Date permanently left CAG
1					../ .. /....		../ .. /....	../ .. /....	../ .. /....
2					../ .. /....		../ .. /....	../ .. /....	../ .. /....
3					../ .. /....		../ .. /....	../ .. /....	../ .. /....

**Reason for leaving CAG:* 1.TFO 2.Moved to other CAG 3.Permanently returned to Clinic Care 4.LTFU 5.Died 6.Other

La liste de patients sera probablement conservée par la SS, dans un fichier ou un classeur contenant les listes de tous les clubs et groupes de patients associés à la structure sanitaire. Ces informations pourraient aussi être collectées et gérées à l'aide d'un système informatisé.

Un document séparé, tel qu'un **registre ou un formulaire utilisé spécifiquement pour collecter des informations sur les distributions de TAR et autres services aux patients au fil du temps**, sera probablement également nécessaire. L'objectif de ce document est d'enregistrer des informations sur les services reçus en dehors du cadre de la structure sanitaire et de les communiquer à la structure sanitaire pour qu'elles soient ensuite transcrites dans leurs outils, comme le dossier de TAR du patient. Puisque ce document devra parfois quitter la structure sanitaire pour être finalisé dans les contextes communautaires, son utilisation en tant que registre longitudinal sur papier peut s'avérer fastidieuse et présenter des risques pour la confidentialité et la sécurité des données des patients. Cependant ces documents-papier utilisés pour la collecte de données de services communautaires pourraient être égarés, il est donc suggéré qu'ils soient conçus comme des outils transversaux, portant des initiales ou autres identifiants pour éviter une divulgation involontaire du statut séropositif du patient. Cet outil peut également être mis en œuvre via la technologie électronique sécurisée pour mobile ou tablette, et incorporer certaines informations longitudinales recueillies précédemment auprès du patient, comme indiqué ci-dessous.

Les informations sur les services fournis dans le contexte des GTC peuvent être recueillies aux points de distribution du TAR (c'est-à-dire par la pharmacie), et lors de la distribution finale au patient dans la communauté. Les éléments de données saisis sur ce formulaire ou ce registre peuvent inclure : l'identifiant du patient, les dates de distribution du TAR au patient, la quantité de TAR fournie et des champs supplémentaires reflétant d'autres éléments de prise en charge, tels que les évaluations de l'observance, le dépistage de la TB, la planification familiale et les éléments liés à la grossesse, et / ou une évaluation des symptômes ou des problèmes psychosociaux pouvant nécessiter un renvoi vers la structure sanitaire. Un exemple de ceci est le projet de « Formulaire de distribution communautaire de TAR » mis au point par le ministère de la Santé du Kenya (voir l'encadré 6), qui reflète nombre de ces éléments. Ce formulaire comporte les informations clés issues de la distribution de TAR communautaire, et est conçu pour être renvoyé à la structure sanitaire afin de compléter les informations collectées dans le dossier médical du patient sous TAR.

Il convient de noter que le dossier médical de TAR mis à jour et les nouveaux dossiers-papier et / ou électroniques devraient idéalement être conçus pour permettre une communication bidirectionnelle permettant des services efficaces et appropriés au sein de la structure sanitaire et de la communauté.

Figure 6. Projet de formulaire communautaire de distribution des TAR (Source : MdS du Kenya) [9]

A. ART Distribution Form for Stable Patients — *Complete at time of dispensing*

Patient Name: _____ Client Unique No: _____ Date of ARV Distribution: DD _____MM_____YYYY_____
ART Refill Model: _____

Patient Phone No: Treatment Supporter Phone No:

ARVs regimen being distributed: Quantity (mths):

Other drugs/supplies being distributed and quantity

☐ CPT / Dapsone, quantity (mths): ☐ Oral Contraception, quantity (mths): ☐ Condoms (yes/no):

☐ Other: , quantity (days): ☐ Other: , quantity (days):

Name of pharmacist: Signature:
Name of ART distributor: Signature:

B. Patient review checklist *(if yes to any of the questions below, confirm they have enough ART until they can reach the clinic and refer back to clinic for further evaluation; book appointment and notify clinic)* — *Complete at time of distribution*

Any missed doses of ARVs since last clinic visit: ☐Yes ☐No
If yes, how many missed doses: _____

Any current/worsening symptoms:

Fatigue: ☐Yes ☐No Cough: ☐Yes ☐No	Fever: ☐Yes ☐No Rash: ☐Yes ☐No	Nausea/vomiting: ☐Yes ☐No Genital sore/discharge: ☐Yes ☐No	Diarrhoea: ☐Yes ☐No Other:

Any new medications prescribed from outside of the HIV clinic: ☐Yes ☐No
If yes, specify:

Family planning method used: ☐Yes ☐No
Pregnancy status: ☐Pregnant ☐Not Pregnant ☐Not Sure

Referred to clinic: ☐Yes ☐No
If yes, appointment date: DD___ MM___ YYYY _____

Il est à noter que l'utilisation de dossiers-papier, tels que les registres de groupe, suscite des inquiétudes quant à la confidentialité et à la sécurité des informations des patients, en particulier si ces dossiers ne sont pas restitués à la structure sanitaire immédiatement après avoir été remplis. Dans la mesure du possible, il est conseillé à ces groupes d'utiliser les technologies mobiles sécurisées pour la collecte de données et leur transmission à la structure sanitaire. Cela nécessiterait qu'au moins un membre de chaque groupe de TAR dispose des technologies adéquates (par exemple, un téléphone standard pour la messagerie texte court (SMS) ou un smartphone crypté pour les approches de collecte de données plus avancées). Si des outils en papier doivent être utilisés, ils doivent être conçus de manière à éviter d'utiliser les noms complets des patients ou toute autre information qui, si elle était égarée, pourrait révéler le statut VIH du patient.

Dans le cas d'autres modèles de soins PCD développés pour différentes populations de patients, par exemple ceux qui ont une maladie avancée ou ceux qui sont instables sous TAR, l'admissibilité à un tel modèle nécessitera une documentation. En outre, des informations sur la prestation d'interventions spécifiques fournies au fil du temps à la SS et, le cas échéant, dans la communauté ou à domicile nécessiteront aussi d'être documentées. Des modules de S & E devront être développés pour refléterces services.

En résumé, les exigences en matière de documentation pour les différents MPCD seront différentes. Par exemple, bien qu'une liste et un système de documentation de services transversaux distincts puissent convenir aux GTC, ils peuvent ne pas être nécessaires pour les patients bénéficiant de services de réapprovisionnement accéléré du TAR. Les détails concernant les types d'outils, les éléments de données spécifiques à enregistrer et l'identité de ceux qui les enregistrent (et où et quand), doivent être déterminés en fonction des procédures, des rôles et des responsabilités des membres du personnel de santé / pairs / patients relevant du MPCD correspondant.

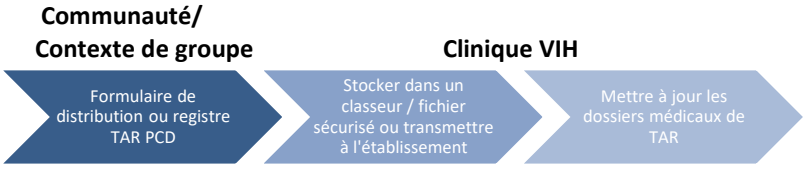
B. Flux de données entre les nouveaux outils et le dossier médical de TAR du patient

Comme décrit ci-dessus, les informations sur la prise en charge sous PCD - en particulier pour les patients recevant des services moins fréquents, fournis dans des structures sanitaires ou des services fournis en dehors de la structure sanitaire VIH, seront probablement collectées à l'aide de plusieurs outils remplis aux points d'offre de service de la structure sanitaire et de la communauté. Parallèlement, les services destinés aux patients instables / avancés peuvent nécessiter des informations plus détaillées au niveau du patient et éventuellement des informations de niveau communautaire. Un ensemble défini d'éléments clés provenant de registres et / ou de fiches spécifiques à la PCD (tels que le formulaire décrit à l'encadré 6 ci-dessus) doit être transcrit dans le dossier médical de TAR du patient afin de faciliter sa prise en charge clinique efficace, le S & E/rapportage et les efforts d'amélioration de la qualité. Il sera donc essentiel de veiller à ce que les informations collectées soient régulièrement acheminées ou transmises à la structure sanitaire VIH de manière rapide, sécurisée et respectant les normes, et que les dossiers des patients ou les bases de données soient rapidement mis à jour avec ces données, le cas échéant.

Les données des patients provenant du MPCD peuvent être transmises aux structure sanitaires en utilisant une série de méthodes, en fonction de la technologie disponible sur chaque site de traitement. Les méthodes suggérées comprennent :

i. Dossiers sur papier

Encadré 7. Flux de données sur support papier des contextes de services PCD vers la clinique VIH



Tous les dossiers sur papier, tels que les fiches ou les registres de distribution de TAR, doivent être retournés à la SS par les agents de santé, les agents de santé communautaires, les pairs ou le patient désigné pour les groupes de patients de la communauté (le cas échéant) le jour même de la distribution de TAR aux patients. En cas de violation de la confidentialité, la collecte d'informations nominatives (telles que les noms complets) et les autres informations susceptibles de révéler le statut VIH du patient, doit être minimisée autant que possible sur les fiches en papier. Les outils contenant des informations sensibles et identifiables sur le patient doivent être stockés dans un emplacement sécurisé au sein de la SS. Un fichier ou un classeur spécifique pour la compilation et la gestion de ces fiches doit être établi, et les rôles et responsabilités pour la mise à jour et la sécurité du fichier ou du classeur doivent être définis pour le personnel de la structure sanitaire.
Une fois que les fiches ou registres de distribution de TAR spécifiques à la PCD auront été compilés au niveau de la 'structure sanitaire, la prochaine étape consistera à récupérer les dossiers médicaux des TAR pour les patients recevant des services PCD et à extraire manuellement les informations de ces outils pour mettre à jour les dossiers de TAR des patients (voir Figure 7). Notez que ce processus d'analyse peut parfois nécessiter une expertise clinique ; par exemple, interpréter et résumer correctement les informations concernant les symptômes signalés par les patients et initier toute action de suivi requise par les patients.

ii. Technologie mobile électronique

Dans le cadre d'une stratégie de collecte et de gestion électroniques des données des patients sous MPCD (voir encadré 4), les éléments de données qui seraient autrement collectés sur une fiche en papier ou sur un registre peuvent maintenant être collectés à l'aide de technologies mobiles, telles que des téléphones portables sécurisés ordinaires, des smartphones, ou des tablettes. Suivant un format défini, les AS, les agents de santé communautaires, les pairs ou les patients dans les GTC ou autres contextes de la PCD peuvent utiliser des téléphones cellulaires standards pour envoyer des messages texte SMS contenant les identifications des membres du groupe, les dates de distribution du TAR et les autres informations cliniques souhaitées au personnel de la SS concerné. Ces informations seraient alors transcrites dans des outils basés dans la structure sanitaire (par exemple, des fiches ou registres de patients spécifiques à la PCD, tels que ceux décrits ci-dessus)

et utilisées par la suite pour mettre à jour le dossier médical du patient sous TAR. Ces données pourraient aussi être transcrites directement dans le dossier médical de TAR du patient ou dans la base de données. Une approche plus sûre et plus conviviale consisterait à mettre en œuvre, si possible, la collecte de données via des **smartphones ou des tablettes** sécurisées. Dans ce cas-là, les AS, les pairs ou les patients utilisent des smartphones ou des tablettes cryptés pour accéder à une application personnalisée conçue pour collecter les données de la fiche en papier ou du registre, d'une manière simple et régulière de préférence. Une fois la saisie des données terminée, l'enregistrement peut être soumis à un serveur de base de données sécurisé et automatiquement supprimé de l'appareil mobile afin de réduire le risque d'accès non autorisé aux données du patient. Les données du serveur peuvent être téléchargées par / pour les structures sanitaires pour que celles-ci puissent manuellement actualiser leurs dossiers et / ou fusionner ces informations avec les données des dossiers de TAR électroniques de ces mêmes structures sanitaires.

Encadré 4. Systèmes de données électroniques pour la PCD

Pour saisir et résumer les informations nécessaires au suivi de la prise en charge PCD, l'introduction et / ou l'adaptation de systèmes électroniques deviendra une priorité encore plus grande dans le contexte du MPCD (par exemple, une base de données sur les patients basée dans les SS et reliée à des systèmes de collecte et d'utilisation mobiles des données des patients). Les avantages des systèmes de données électroniques pour la PCD comprennent :

1) Une **base de données électronique des dossiers médicaux VIH/TAR du patient**, mise à jour pour inclure les données de PCD décrits ici, offrirait la flexibilité nécessaire pour générer des résumés globaux de données pour chaque modalité de traitement TAR moins intensive.

2) L'utilisation de technologies de **collecte de données mobiles électroniques**, telles que les smartphones ou les tablettes, pour la collecte des données des patients en dehors de la clinique VIH (par exemple, pour les soins TAR moins intensifs) peut simplifier le processus de soumission des données vers la SS concernée, pour la mise à jour des dossiers médicaux VIH / TAR des patients. Cette technologie peut également être utilisée pour fournir régulièrement aux AS des informations de base sur le patient, destinées à être utilisées dans le cadre de TAR moins intensifs (par exemple, dernier résultat de la CV du patient, prochain rendez-vous à la clinique, etc.). De plus, les systèmes mobiles pourraient incorporer des mesures biométriques pour documenter les identités uniques des patients et lier de manière fiable les données des patients aux dossiers électroniques TAR de l'établissement.

iii. Utilisation d'outils adaptés aux structure sanitaire

Comme pour le réapprovisionnement accéléré du TAR, lorsque les services sont fournis à la structure sanitaire, les outils existants devront être adaptés pour saisir certaines des informations requises aux points où les services sont fournis aux patients. Par exemple, dans le cas de la démarche accélérée de réapprovisionnement du TAR, et dans la mesure où le personnel de la pharmacie s'acquitterait des tâches supplémentaires pour ces patients, les pays pourraient envisager d'adapter le registre électronique de la pharmacie pour intégrer les champs souhaités, tels que ceux décrits sur la fiche de distribution communautaire du TAR. (Voir l'encadré 6).

C. Indicateurs de performance pour surveiller la PCD

La plupart des indicateurs VIH / TAR de S & E actuels n'incluent pas d'informations sur la participation ou sur les résultats des patients en matière de MPCD. Par exemple, les indicateurs de résultats du TAR de PEPFAR, tels que la rétention et la suppression virale, sont définis pour mesurer les résultats uniquement au cours des 12 premiers mois du TAR. Cependant, pour que les patients stables soient éligibles au MPCD, ils doivent être en suppression virale pendant 6 à 12 mois après le début du TAR. Ainsi, pour surveiller et évaluer la PCD, des indicateurs évaluant la nouvelle adoption du MPCD et les résultats chez ces patients devront être mis en œuvre. Certains **des indicateurs recommandés** sont répertoriés dans le tableau 6.

Ces indicateurs peuvent être ventilés en sous-catégories significatives, telles que le groupe d'âge, le sexe et le modèle de prise en charge.

Les indicateurs doivent être conçus avec les parties prenantes nationales, y compris le MdS et autres ; ils doivent refléter les éléments du MPCD utilisés au niveau national ; et répondre aux priorités nationales. Des instructions détaillées sur le calcul des indicateurs, y compris les numérateurs et les dénominateurs, devraient être élaborées pour être utilisées pendant la formation et la mise en œuvre.

Tableau 6. Exemples d'indicateurs recommandés pour le S & E de la PCD[1, 2]

1. Nombre de patients sous TAR nouvellement classés comme éligibles pour le MPCD (c'est-à-dire 6 à 12 mois ou plus après l'initiation)
2. Nombre / pourcentage de patients sous TAR nouvellement éligibles au traitement MPCD
3. Nombre de patients recevant un TAR sous un MPCD
4. Nombre / pourcentage de patients inscrits ayant fait l'objet d'une évaluation clinique 6 à 12 mois après le début du traitement par PCD
5. Nombre/pourcentage de patients recevant PCD qui ont subi un test de la CV 12 mois après le début du TAR moins intensif
6. Nombre /pourcentage de patients recevant une PCD avec suppression virale 12 mois après le début d'un TAR moins intensif
7. Nombre / pourcentage de patients recevant un MPCD avec les résultats suivants :[3]
    a) Pris en charge, maintient la classification MPCD
    b) Pris en charge, passe à un TAR entièrement basé en clinique
    c) Perdu de vue, ou a arrêté le TAR

D. Outils et systèmes pour générer des rapports de synthèse la PCD

Des indicateurs spécifiques à la PCD similaires à ceux suggérés dans le tableau 6 peuvent être mis en œuvre en tant qu'éléments à inclure dans les rapports de routine soumis par les structures sanitaires ou les autres entités. Ces indicateurs peuvent être établis pour le suivi interne par les programmes et les responsables de la mise en œuvre, ainsi que pour aider à évaluer et à assurer la qualité des soins lors de la mise en œuvre de la PCD. N'oubliez pas que les outils papier existants, tels que les registres nationaux de TAR, ne sont conçus ni pour collecter des éléments de données spécifiques à la PCD, ni pour suivre les cohortes de patients dès le moment où ils ont initié les modèles de TAR de la PCD (6-12 mois+ après le début du traitement). Les registres existants ne peuvent donc pas générer de données pour les rapports de synthèse sur les indicateurs de la PCD.

Pour faciliter le rapportage des données de S & E sur la PCD au niveau des sites, de nouveaux systèmes d'agrégation des données pertinentes seront nécessaires. Il peut s'agir de nouvelles données requises dans les bases de données électroniques des patients mises à jour avec des éléments de données spécifiques à la PCD. Des données requises en rapport avec la classification longitudinale de l'éligibilité à la PCD et les modèles de TAR reçus, ou de registres de TAR sur papier nouveaux ou adapté comportant des informations provenant

de dossiers médicaux actualisés pour le calcul des résultats d'agrégation concernant les patients qui sont assignés à de nouveaux modèles de TAR de la PCD.

i. Les structure sanitaires munies de bases de données électroniques des patients collectant des éléments de données sur la PCD

Dans les pays ou les MdS possèdent des bases de données électroniques de patients en rapport avec les données médicales sur leurs TAR , il est conseillé d'actualiser celles-ci en y rajoutant toutes les modifications apportées aux dossiers médicaux sur papier concernant le TAR, comme indiqué ci-dessus. Avec ces changements en place, les données électroniques devraient être suffisantes pour surveiller l'enrôlement, la rétention et les résultats du programme de la PCD dans ces structures sanitaires. De nouvelles requêtes de données peuvent être générées pour calculer automatiquement les chiffres des rapports nationaux ou les indicateurs adaptés au suivi de la qualité. Compte tenu de la complexité croissante de la surveillance et de la génération de rapports avec les nouveaux modèles de la PCD, cette option est vivement recommandée.

ii. Les structures sanitaires qui utilisent des outils sur papier pour le rapportage

Les sites qui utilisent exclusivement des dossiers sur papier devront s'appuyer sur des registres de TAR révisés, ou sur de nouveaux registres spécifiquement conçus pour les patients recevant un nouveau MPCD, afin de surveiller l'utilisation et les résultats obtenus avec la PCD. Les registres peuvent être développés ou révisés pour inclure les données suivantes pour chaque patient. Étant donné que ces données sont susceptibles d'évoluer au fil du temps, ces informations doivent être organisées de manière chronologique (par exemple, tous les mois), dès le premier lancement des services PCD :

- Date de classification du patient pour le MPCD
- Classification selon l'éligibilité du patient PCD : stable / instable, et éligible / non éligible pour des services de TAR moins intensifs
- Date du commencement sous le MPCD
- Type de MPCD (ex. par voie accélérée, GTC, groupe TAR en structure sanitaire)
- ID de groupe / groupe de distribution de TAR
- Date de distribution de TAR et quantité dispensée
- Dates de visites à la clinique VIH
- Résultats de la CV
- Informations supplémentaires, telles que celles sur l'observance et le développement des symptômes
- Si le patient reçoit toujours des services PCD
- Les raisons du changement de MPCD, telles que la grossesse, le développement d'une IO, une virémie élevée, une inquiétude des AS, une réaction indésirable au médicament ou un souhait du patient

L'ajout de ces colonnes ou la création d'un registre séparé pour les patients recevant une PCD permettrait un décompte aux fins du S & E. Les éléments du registre devraient, au minimum, être conçus de manière à permettre le calcul de tous les indicateurs requis. **Des rapports trimestriels de cohorte de TAR adaptés** pour ces patients PCD peuvent également être élaborés et mis en œuvre pour le calcul des résultats de rétention, en utilisant les informations de ce registre de patients PCD.

E. Autres problèmes de S & E par rapport à la PCD

Évaluation de la Qualité des Données (EQD)

Suivant l'introduction de nouveaux outils de S & E, des rôles et des responsabilités nouveaux (y compris la collecte de données par les pairs et par les patients), du flux de données (y compris la collecte de données au niveau de la communauté) et des exigences en matière de communications des informations au titre de la PCD, il est probable que des erreurs se produisent, que des données manquent et qu'il y ait des retards dans la transmission des données. Les stratégies d'EQD traditionnelles - comprenant l'identification des éléments de données à évaluer, l'échantillonnage d'enregistrements, la comparaison des valeurs d'éléments de données papier et / ou électroniques analogues et le recomptage des totaux agrégés - peuvent être adaptées aux nouveaux outils et systèmes mis en œuvre sous la PCD. Il est essentiel pour le bon déroulement d'une EQD adaptée, de garantir l'accès à l'ensemble des documents bruts utilisés pour collecter les données relatives aux patients stables recevant une PCD (c'est-à-dire des listes, des registres et des fiches).

Les programmes et les responsables de la mise en œuvre doivent s'assurer que les structures sanitaires disposent de systèmes organisationnels fonctionnant correctement pour stocker et gérer cette documentation. Ces systèmes devraient permettre aux personnes effectuant une EQD de trouver facilement la documentation nécessaire pour tout patient dont les données sont sélectionnées pour inclusion dans l'évaluation. Lorsque la documentation papier n'est pas disponible (par exemple, avec la collecte électronique de données mobiles), des stratégies d'évaluation de la qualité des données (telles que des contrôles de plage et de logique, et une confirmation de la période avec les patients et les AS) peuvent être adoptées.

Identifier les patients irréguliers et perdus de vue

Les patients recevant des services du MPCD ne se rendront en consultation à la clinique que très rarement, disons tous les six mois. À l'heure actuelle, la recherche des patients irréguliers commence souvent dans les structures sanitaires par ceux qui ont manqué des rendez-vous (et qui n'ont pas récupéré leur TAR) ou qui ne sont pas venus consulter à la clinique depuis un certain temps (par exemple trois mois). Pour permettre la détection des visites manquées dans le nouveau MPCD pour les patients stables, les dates signalées de la distribution du TAR devront être intégrées aux outils et registres existants. Les critères de défaillance devront être adaptés pour intégrer ces informations de distribution du TAR et tenir compte des écarts prévus entre les visites de renouvellement du TAR. Avec les procédures appropriées en place pour identifier les irréguliers sous PCD, il est possible d'appliquer des procédures standardisées pour la recherche des irréguliers et la classification ultérieure des patients comme perdus de vue.

Lien et transferts

Selon les nouveaux modes de prise en charge du TAR / distribution du TAR, les patients peuvent être identifiés en dehors du cadre clinique comme nécessitant un suivi médical, dans certains cas, par des agents pairs à distance ou par d'autres patients sous TAR. Les principales composantes du système de S & E, décrites dans les sections ci-dessus, devraient être conçues pour : 1) documenter l'état et les besoins du patient de manière aussi claire et systématique que possible ; 2) transmettre ces informations au personnel responsable des structures sanitaires de manière rapide et fiable ; 3) signaler que les informations ont bien été reçues, et enregistrer toutes les actions entreprises. Il convient de garder à l'esprit ce genre de scenario au fur et à mesure que les fiches / registres sont développés et que les rôles et les responsabilités sont précisés pour la PCD. Pour les orientations vers d'autres FOSA à partir de contextes hors clinique VIH, il convient d'utiliser les outils de référence nationaux du MdS et de respecter les directives.

Confidentialité et sécurité des données

L'importance cruciale de la confidentialité et de la sécurité des données ne peut être surestimée. En particulier, la collecte et l'utilisation de données dans des contextes communautaires (dans certains cas par des pairs et des patients) peuvent présenter de nouveaux défis. L'utilisation de la technologie mobile cryptée, telle que les smartphones ou les tablettes dans des environnements communautaires, constitue une solution potentielle. Cependant, il est probable que de nombreux contextes auront recours à des méthodes moins sécurisées, telles que les outils-papier ou les approches standard avec des téléphones portables / SMS. Il est important que

tous les plans de collecte, d'acheminement, d'hébergement ou d'utilisation de données sous la PCD fassent de la sécurité des informations du patient une priorité absolue.

Évaluation de l'impact du modèle PCD sur les devenirs du patient

Pour évaluer l'impact du MPCD, un résultat tel que la rétention des patients dans la structure sanitaire peut être comparé avant et après la mise en œuvre du MPCD. La période de rétention serait définie de manière pertinente (par exemple, 18 ou 24 mois après le début du TAR). Alternativement, si des structures sanitaires comparables dans un environnement spécifique fournissent ou ne fournissent pas le nouveau MPCD, le taux de rétention peut être comparé avant et après (une comparaison « différences observées sous différents modèles »). En raison d'un manque de comparabilité entre les patients d'une structure sanitaire recevant une PCD et ceux ne la recevant pas, une comparaison entre ces groupes au sein d'une même structure sanitaire ne donnerait pas de résultats significatifs.

Plus généralement, dans la mesure où le MPCD est planifié et mis en œuvre, il est fortement recommandé de procéder à des évaluations structurées périodiques des caractéristiques des structures sanitaires liées à la PCD. Les conclusions de ces évaluations peuvent être utilisées pour suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre des éléments clés de la PCD dans les structures sanitaires et au fil du temps (par exemple, la création de MPCD spécifiques, les rôles et responsabilités dans la distribution de TAR, l'utilisation d'outils de S & E) Elle peuvent, lorsque cela est possible, être liées aux données cliniques du patient, permettant ainsi d'identifier les tendances concernant leurs résultats à mesure qu'augmente l'adoption des MPCD.

En outre, les modèles de prise en charge PCD ayant pour objectif d'améliorer la couverture, l'efficacité et la qualité des soins, d'autres approches de S & E peuvent s'avérer nécessaires. Par exemple : des enquêtes sur la satisfaction des patients et des prestataires, une évaluation du nombre de patients et de la productivité des prestataires, et sur la rentabilité du MPCD.

F. Résumé des considérations liées au S & E

Avec la mise en œuvre de plus en plus importante de la PCD, les pays, les bailleurs de fonds et les responsables de mise en œuvre du programme chercheront à surveiller efficacement l'utilisation de cette prise en charge, ainsi que les résultats chez les patients éligibles. Une variété de modèles de PCD pour le réapprovisionnement du TAR est utilisée dans certains contextes. Ces modèles comprennent les groupes TAR, les réapprovisionnements accélérés et les modèles de distribution TAR communautaires. Dans ce guide, nous proposons une approche de S & E rationalisée intégrant les éléments de prise en charge PCD dans le dossier médical standard du patient sous TAR (papier et / ou électronique) pour tous les types de MPCD, comme illustré à la Figure 3. Une cascade d'indicateurs spécifiques à la PCD est proposée dans le tableau 6.

À mesure que les programmes de pays, les bailleurs de fonds et les responsables de la mise en œuvre acquerront de l'expérience dans la mise en œuvre de la PCD, des stratégies pour affiner les composants des systèmes de S & E apparaîtront.

Nous encourageons l'adoption du MPCD et l'adoption d'éléments essentiels de S & E pour compléter les systèmes actuels. Enfin, pour atteindre l'objectif de couverture, de qualité et d'efficacité, il est nécessaire de procéder aux évaluations appropriées et d'adopter des indicateurs afin de mesurer l'effet du MPCD sur les résultats des patients et la performance du système de santé.

V. Considérations clés pour la mise en œuvre de la PCD

L'approche de la PCD (en particulier en ce qui concerne les personnes qui fournissent les soins et où ces soins sont dispensés, voir le tableau 3) dépendra du type de patient, du sous-groupe de population (femmes enceintes, enfants, populations clés, etc.), du type de structure sanitaire et du contexte local. Au niveau national, des politiques et des directives sont nécessaires pour définir clairement le « qui, quoi, où et comment » du MPCD à utiliser. Les structures sanitaires dont le nombre de patients est faible peuvent souhaiter envisager de conserver leur modèle de soins actuel, si les taux de rétention et d'observance du patient sont optimaux. Cependant, le fait d'apporter des modifications pour accélérer le traitement des patients stables permettra de réduire les temps d'attente et améliorer la satisfaction des patients. Une fiche d'évaluation des structures sanitaires pour la distribution du TAR communautaire se trouve à l'annexe 10. En outre, l'ICAP a créé un tableau de suivi pour aider les pays à suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre à grande échelle de la PCD (voir le tableau 8).

Tableau 7. Considérations clés pour la mise en œuvre de la PCD

	Niveau national / structure sanitaire	Au niveau communautaire
Politique / engagement politique	• Groupe de travail technique fonctionnel comprenant des membres du programme VIH, du programme PTME, des partenaires de mise en œuvre, des agents de santé et des PVVIH • Directives nationales mises à jour pour inclure le traitement pour tout le monde • Forums cliniques tels que les groupes de travail techniques ou les EPD au niveau des SS, y compris les pharmaciens / dispensateurs • Politiques et directives / protocoles approuvés pour les soins de proximité, y compris la distribution des TAR au niveau de la communauté, les directives sur les soins différenciés, les programmes de formation, les outils de travail, etc.	• Groupe de santé communautaire fonctionnel qui se réunit régulièrement et qui comprend des leaders communautaires clés, des activistes communautaires et des champions de la santé (éducateurs pairs, personnel de santé, etc.) • Sensibilisation de la communauté autour des directives de traitement mises à jour • Campagnes de santé publique VIH • Réunions de coordination établies entre les leaders et les représentants de la communauté et l'équipe de direction des SS • Accréditation des points de distribution des pharmacies locales
Ressources Humaines	• Approbation du transfert des tâches, y compris du TAR initié et géré par un membre du personnel infirmier et des conseillers non professionnels pour favoriser l'observance thérapeutique et la surveillance des patients • Les compétences essentielles de chaque cadre de santé sont définies	• Approbation du transfert des tâches vers l'observance et des conseillers non professionnels pour soutenir l'observance au niveau communautaire et le suivi des patients • Reconnaissance des pairs éducateurs / conseillers non professionnels en tant que cadre de santé clé • Stratégie de rétention des agents de santé communautaires • Stratégie de formation continue et de soutien des agents de santé communautaires
Infrastructure	• Espace de stockage dans les structures sanitaires pour des produits supplémentaires (fournitures de TAR par exemple) au niveau régional • Modernisation de la pharmacie et des dispensaires afin de fournir un espace privé pour les interactions avec les patients	• Espace de stockage communautaire pour les fournitures TAR/ site de distribution sécurisé • Lieux communautaires pour accueillir des réunions de groupes communautaires
Produits de base	• Approvisionnement adéquat en médicaments • Gestion fiable de la chaîne d'approvisionnement, (y compris la distribution des stocks, la gestion et les achats)	• Soutien aux soins auto-administrés, y compris les brochures d'alphabétisation en matière de traitement • Évaluation de la chaîne d'approvisionnement et gestion des stocks

	• Simplification et harmonisation des schémas thérapeutiques	• Système de S&E pour contrôler la distribution et les stocks • Système d'audit pour contrôler l'utilisation des stocks
Laboratoire	• Algorithme pour le contrôle de la CV* • Système de transport pour les échantillons CV	• Algorithme pour le contrôle de la CV* • Point de service de la CV • Système de transport pour les échantillons de CV de la communauté au laboratoire vers les SS
Assurance qualité et supervision	• Le pharmacien assure la surveillance et la supervision du personnel de la pharmacie • Réunions trimestrielles du comité d'examen des patients pour assurer un soutien adéquat aux patients en échec thérapeutique ou au stade avance de l'infection	• Communication des incidents indésirables • Outils d'évaluation de l'observance • Outils de supervision pour le suivi de la distribution du TAR communautaire
S & E / Systèmes d'information	• Les outils de S & E facilitent l'accès à l'éligibilité MPCD des patients, l'assignation au MPCD, et aux services fournis • Les outils documentent les distributions de TAR sous PCD • Flux de données entre les nouveaux outils et le dossier médical TAR du patient • Indicateurs de performance pour surveiller la PCD • Outils et systèmes pour générer des rapports globaux pour la PCD • Évaluations de la qualité des données • Identifier les irréguliers et les patients perdus de vue • Systèmes et fiches de liaison et d'orientation • Confidentialité et sécurité des données • Évaluation	• Outils documentant les distributions de TAR sous PCD • Flux de données entre les nouveaux outils et la structure sanitaire • Systèmes et fiches de liaison et d'orientation
Abréviations ; **SS** = structure sanitaire; **EPD** = équipe pluridisciplinaire ; **CV** = charge virale *Voir annexe 2		

Tableau 8. Tableau de suivi ICAP pour la prise en charge différenciée

Politiques	Les politiques nationales de traitement du VIH interdisent ou entravent le MPCD	Les politiques nationales ne mentionnent pas le MPCD	Les politiques nationales incluent le MPCD mais ne promeuvent pas activement ces modèles de soins	Les politiques nationales encouragent activement l'utilisation du MPCD chez les patients stables	Les politiques nationales encouragent activement l'utilisation du MPCD pour divers groupes *
Lignes directrices	Les directives nationales de traitement du VIH n'incluent pas le MPCD		Les directives nationales sur le traitement du VIH incluent le MPCD mais ne fournissent pas de directives de mise en œuvre détaillées et spécifiques		Les directives nationales sur le traitement du VIH fournissent des indications détaillées et spécifiques sur la mise en œuvre du MPCD
Diversité des services MPCD	Aucun service MPCD n'a été mis en place	La PCD est disponible pour les patients stables uniquement, et un seul modèle a été mis en œuvre **	La PCD est disponible pour les patients stables uniquement, et seuls deux modèles ont été mis en œuvre	La PCD est disponible pour les patients stables uniquement, et ≤3 modèles ont été mis en œuvre	Le MPCD est disponible pour divers groupes de patients
Plan national d'augmentation du suivi de la CV	Aucun(e)	Discussions sur le plan d'intensification de la PCD et réunions en cours	Ébauche du plan d'extension PCD disponible	Plan de développement PCD développé et approuvé par le MdS	Le plan de déploiement de la PCD est activement mis en œuvre
Coordination	Aucun(e)	Les activités de PCD relèvent des groupes existants ; les mises à jour sur les progrès sont présentées lors de réunions permanentes non centrées sur le MPCD (par exemple, un GTT sur les soins et le traitement)	Les activités de PCD sont coordonnées par un groupe spécialisé (par exemple, un sous-groupe de travail technique ou un groupe équivalent)	Une personne désignée au niveau national dirige la planification et la coordination de la PCD	Des progrès de la PCD sont rapportés dans les rapports de programme annuels et / ou les réunions de revue nationales annuelles déjà en place
Participation communautaire	Aucun(e)	Les représentants des PVVIH et / ou la société civile sont impliqués dans la mise en œuvre de la PCD	Les représentants des PVVIH et / ou de la société civile participent à la mise en œuvre et à la conception du MPCD	Les représentants des PVVIH et / ou de la société civile participent à la mise en œuvre, à la conception et à l'évaluation du MPCD	Les représentants des PVVIH et / ou de la société civile participent systématiquement à l'élaboration, à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de la PCD
Documents de formation	Le matériel de formation PCD n'est pas disponible	Certains matériels de formation PCD ont été élaborés par des organisations pilotes PCD / partenaires de mise en œuvre	Des programmes nationaux de formation continue en PCD pour les agents de santé professionnels ou les agents de santé non professionnels (mais pas les deux) sont disponibles et utilisés	Des programmes nationaux sur la PCD pour les agents de santé professionnels et les travailleurs non professionnels sont disponibles et utilisés	Les programmes nationaux de formation initiale et continue de la PCD sont disponibles et utilisés
POS et aide-mémoires	Aucun(e)	Les organisations chargées de la mise en œuvre ont piloté des procédures opérationnelles standard (POS) et des outils de travail pour des projets de MPCD autonomes	Les POS et les outils de travail nationaux ne sont disponibles que pour un seul modèle PCD	Les POS nationales et les outils de travail sont disponibles pour deux modèles PCD	Des POS de type '"étape par étape" nationales et des aide-mémoires sont disponibles pour ≥3 MPCD
Système de S & E	Aucun élément de système de S & E pour la PCD n'est en place ou en développement	Le développement de nouveaux outils et systèmes de S & E pour le MPCD est prévu ou en cours	Certains outils nouveaux ou adaptés (par exemple, registres, fiches de patient, rapports mensuels) et / ou directives de S & E ont été mis en œuvre	La majorité des éléments de S & E du MPCD sont en place, mais ils ne sont ni complets ni complètement intégrés aux systèmes de S & E de routine	Tous les éléments d'un système de S & E pour PCD sont en place et intégrés dans un système national de S & E pour les services VIH / TAR
Couverture	Aucun(e)	Le MPCD est disponible à < 25% des SS dispensant des TAR	Au moins un MPCD est disponible entre 25 et 49% des SS dispensant des TAR	Au moins un MPCD est disponible dans 50 à 75% des SS dispensant des TAR	Au moins un MPCD est disponible dans >75% des SS dispensant des TAR
Qualité des services	Aucune norme de qualité n'a été spécifiée pour le MPCD	Des normes de qualité pour des MPCD spécifiques ont été définies, mais la qualité des MPCD n'a pas encore été évaluée.	Les programmes de PCD plus importants ont été évalués et montrent l'impact sur les indicateurs de processus et / ou de résultats	Les programmes de PCD ont mis en place des protocoles de gestion de la qualité et des activités continues d'amélioration de la qualité	Des services de PCD éprouvés, cohérents et de haute qualité existent sur tous les sites
Impact des services PCD	Inconnu	Certains programmes pilotes ont été évalués et montrent un impact sur les indicateurs de processus (par exemple, la satisfaction du patient et / ou du prestataire, les temps d'attente, la rétention dans les soins)	Certains programmes pilotes de MPCD ont été évalués et montrent un impact sur les indicateurs de résultats (par exemple, suppression virale, morbidité, mortalité)	Les modèles MPCD ont été évalués à l'échelle, à l'aide d'indicateurs de processus et / ou de résultats	Les modèles MPCD ont été évalués à l'échelle, montrant l'impact sur l'acceptabilité pour les clients et les agents de santé, la qualité des soins, les résultats pour les patients et l'efficacité

* **« Des groupes de patients divers »** incluent le MPCD pour les patients stables et au moins un groupe supplémentaire (patients instables, patients à risque élevé de progression de la maladie, adolescents et jeunes, femmes enceintes et allaitantes, populations clés et vulnérables, migrants et populations mobiles, etc.)** Le **MPCD pour les patients stables** comprend, sans toutefois s'y limiter : espacement des rendez-vous avec dispensation sur plusieurs mois, visites accélérées de renouvellement, groupes en SS , groupes communautaires TAR, distribution des TAR communautaires (« PODI »)

VI. Outils

Pour accéder à ces outils, copiez et collez l'URL ci-dessous dans votre navigateur Web. Notez que tous les liens hypertexte ne fonctionneront pas directement à partir de Word.

Annexe 1: ICAP Package of Care for People Living with HIV
http://icap.columbia.edu/resources/detail/icap-package-of-care-for-people-living-with-hiv

Annexe 2: Standard Operation Procedures on Viral Load Monitoring for ICAP Clinical Staff and Health Care Workers
http://icap.columbia.edu/resources/detail/standard-operating-procedures-on-viral-load-monitoring

Annexe 3: ICAP Severely Immunosuppressed Package of Care (SIPOC) (Kenya)
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/severely-immunosuppressed-package-of-care-sipoc/

Annexe 4 Differentiated Care for Adults at High Risk of HIV Disease Progression : A Call to Action
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/call-to-action/

Annexe 5: ICAP Community ART Group Symptom Checklist
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/community-art-group-symptom-based-checklist/

Annexe 6: ART Distribution Form for Stable Patients (Kenya)[9]
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/art-distribution-form-for-stable-patients/

Annexe 7: Community ART Group Register (MSF)[10]
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/cag-register/

Annexe 8: CAG Attendance Monitoring Form (Zimbabwe)
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/cag-group-monitoring-form/

Annexe 9: CAG Quarterly Report Form (Malawi)
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/quarterly-cag-supervision-form-for-health-surveillance-assistance/

Annexe 10: Community ART Distribution Assessment Form (Kenya)
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/kenya-community-art-distribution-assessment-form/

Annexe 11: ICAP Enhanced Adherence Plan Tool
http://icap.columbia.edu/resources/detail/viral-load-toolkit-tools

Autres outils de mise en œuvre pour les groupes communautaires TAR

- Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery. IAS; 2016. http://www.differentiatedcare.org/Guidance
- Community-based antiretroviral therapy delivery. UNAIDS and MSF; 2015. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150420_MSF_UNAIDS_JC2707.pdf
- ART adherence groupe report and toolkit. MSF. https://www.msf.org.za/about-us/publications/reports/art-adherence-groupe-report-and-toolkit
- How to implement community ART groups. MSF; 2014. http://www.msf.org/sites/msf.org/files/cag_toolkit.pdf

- Estratégia de grupos de apoio e adesão comunitaria [National strategy for adherence support community groups]. Mozambique MOH; 2015. https://mozlivinglibrary.files.wordpress.com/2014/09/estrategia-gaac.pdf
- Closer to home: Delivering antiretroviral therapy in the community: experience from four countries in Southern Africa. UNAIDS and MSF; 2012. https://issuu.com/msf_access/docs/aids_report_closertohome_eng_2012

VII. Références

[1] Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach - second edition. Geneva: WHO; 2016. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

[2] El-Sadr WM, Rabkin M, DeCock KM. Population health and individualized care in the global AIDS response: synergy or conflict? *AIDS*. 2016;30:2145–8.

[3] Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, et al. Reframing HIV care: putting people at the center of antiretroviral delivery. *Trop Med and Int Health*. 2015;20:430–447.

[4] Waldrop G, Doherty M, Vitoria M, Ford N. Stable patients and patients with advanced disease: consensus definitions to support sustained scale up if antiretroviral therapy. *Trop Med and Int Health*. 2016;21(9):1124–3.

[5] ICAP package of care for people living with HIV. Available at: http://icap.columbia.edu/resources/detail/icap-package-of-care-for-people-living-with-hiv

[6] WHO announces the development of guidelines on the management of patients presenting with advanced HIV disease. WHO website. Published March 6, 2017. Accessed June 14, 2017. http://www.who.int/hiv/mediacentre/news/HIV-advanced-disease-gdg2017/en/

[7] Hakim H, Musiime V, Szubert AJ, et al. Enhanced infection prophylaxis reduces mortality in severely immunocompromised HIV-infected adults and older children initiating antiretroviral therapy in Kenya, Malawi, Uganda, and Zimbabwe: the REALITY trial. 21st International AIDS Conference, 18–22 July 2016 in Durban, South Africa. Oral abstract FRAB0101LB.

[8] Standard operating procedures on viral load monitoring for ICAP staff and health care workers. Available at: http://icap.columbia.edu/resources/detail/standard-operating-procedures-on-viral-load-monitoring

[9] Bernays S, Jarrett P, Kranzer K, Ferrand RA. Children growing up with HIV infection: the responsibility of success. *Lancet*. 2014;383(9925):1355–7.

[10] Kim S-H, Gerver SM, Fidler S, Ward H. Adherence to antiretroviral therapy in adolescents living with HIV: systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2014;28(13):1945–56.

[9] Differentiated care: operational guide [DRAFT]. Nairobi: Ministry of Health, National AIDS and STI Control Program; 2017.

[10] Community ART group toolkit: how to implement the CAG model. Cape Town: Médecins Sans Frontières, Southern Africa Medical Unit; 2013.