

# PRIVILÉGIER LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX POUR LES CLIENTS CLINIQUEMENT STABLES EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

Supplément au *Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux*



Le présent supplément au *Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux* décrit comment il est possible d'appliquer les grands principes de la prestation différenciée de services (PDS) à l'élaboration de modèles de prestation des traitements antirétroviraux (TAR) pour les clients vivant avec le VIH et cliniquement stables en Afrique de l'Ouest et du Centre. Il a pour but d'offrir :

- **une présentation des principes de la PDS et des modalités de leur application à l'élaboration de modèles de prestation différenciée des TAR pour les clients cliniquement stables**
- **des orientations sur les moyens de privilégier la prestation différenciée des TAR pour les clients cliniquement stables en Afrique de l'Ouest et du Centre**
- **des études de cas provenant de la région pour illustrer concrètement la prestation différenciée des TAR.**

Ce supplément s'adresse aux gestionnaires de programmes des TAR nationaux et de district, aux partenaires de mise en œuvre, aux partenaires communautaires et aux donateurs en Afrique de l'Ouest et du Centre. Il doit être lu en parallèle du *Cadre décisionnel pour la prestation différenciée des traitements antirétroviraux*.

## LE VIH EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

Des progrès importants ont été accomplis à travers le monde dans la réalisation des objectifs 90-90-90 d'ONUSIDA d'ici à 2020. Plusieurs pays d'Afrique de l'Est et australe sont ainsi proches du contrôle de l'épidémie. Les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre accusent cependant un certain retard par rapport aux autres régions. Ils totalisent 21% des nouvelles infections par le VIH et 30% des décès liés au sida sur la planète. La couverture des TAR y est très variable, oscillant entre 30% en République démocratique du Congo (RDC) et 82% au Burundi [1].

En 2016, ONUSIDA a lancé un plan de rattrapage pour mettre les 25 pays de la région en bonne voie d'atteindre les objectifs 90-90-90 d'ici à 2020 [2]. Les obstacles à l'intensification

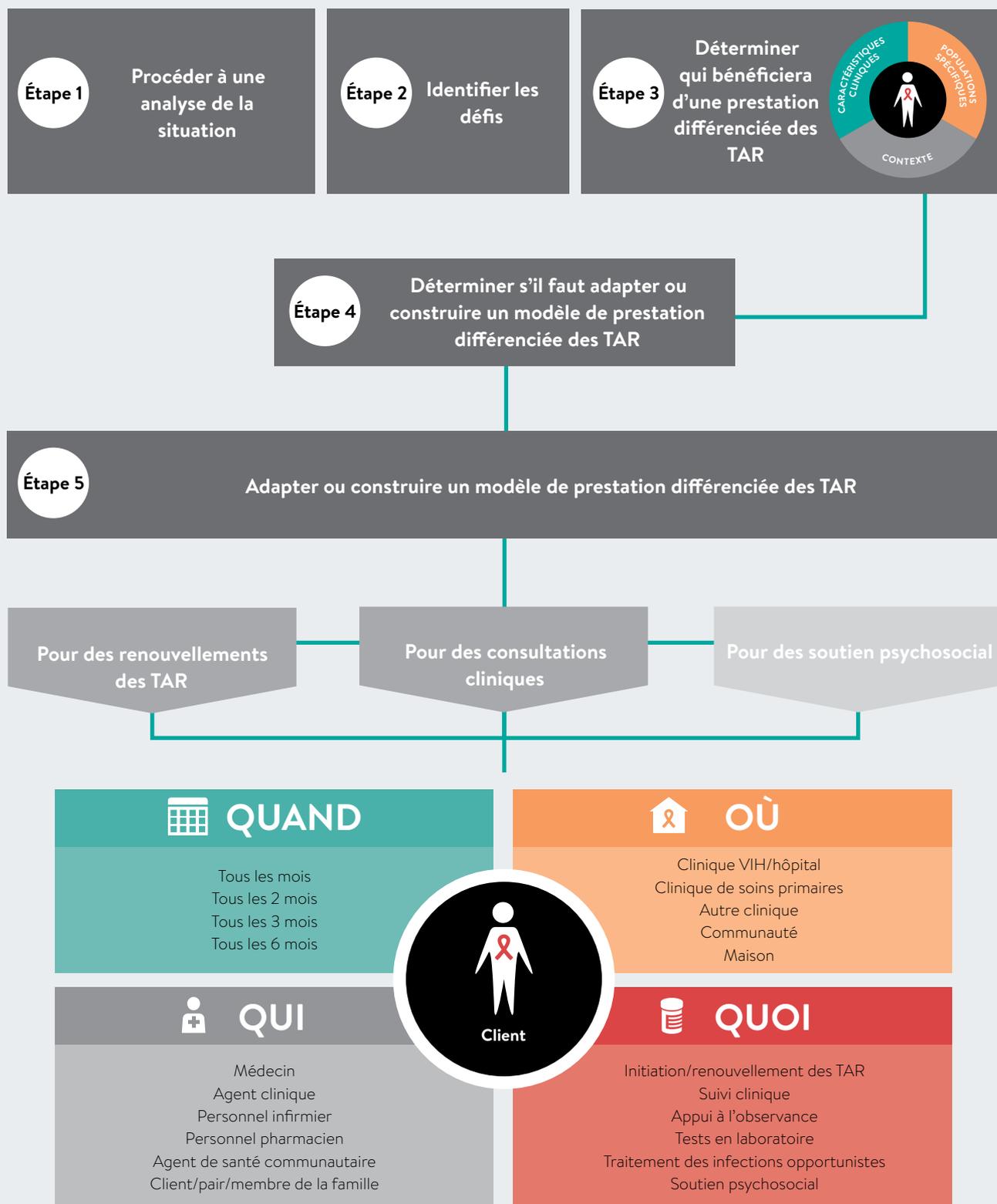
demeurent complexes. L'absence d'engagement politique et de financements, la forte stigmatisation et le fait que les systèmes de santé privilégient les services associés au paiement d'honoraires se conjuguent, faisant passer au second rang l'affectation efficace des ressources et la gestion ciblée de l'épidémie de VIH. La planification de la prestation des services liés au VIH dans ces contextes pose des problèmes spécifiques. La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre comporte des milieux à prévalence faible et élevée et, dans les pays mêmes, celle-ci peut varier considérablement d'une zone à l'autre et selon les populations. Offrir une prise en charge du VIH est d'autant plus compliqué que les systèmes de santé, déjà fragiles, sont souvent aux prises de situations de conflit actif ou récent ou bien se relèvent d'une épidémie d'Ebola dévastatrice.

## LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

La PDS est une approche réactive et axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services liés au VIH dans l'ensemble de la cascade des soins en vue de mieux satisfaire les besoins des individus tout en réduisant les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé (figure 1) [3]. Au-delà de la cascade des soins, la PDS s'étend également à la prévention. Plus précisément, la prestation

différenciée des TAR s'attache à différencier les services offerts aux clients déjà sous traitement. Cette approche est stratégique pour la lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre, où la faible prévalence se traduit par un éparpillement des personnes vivant avec le VIH. Il est de ce fait plus difficile et moins avantageux d'offrir des services des TAR complets et entièrement décentralisés.

Figure 1. Approche en cinq étapes de la prestation différenciée des TAR, avec les trois éléments et les composantes de base



Une fois la prestation différenciée des TAR mise en place au sein d'un programme, il devient plus facile de l'adapter à d'autres populations telles que les enfants, les femmes enceintes et qui

allaient, les populations clés et les clients se trouvant à un stade avancé de la maladie à VIH. L'encadré 1 présente des exemples de prestation différenciée des TAR à grande échelle.

## Encadré 1. Exemples de modèles de prestation différenciée des TAR qui ont été généralisés en Afrique australe

### MOZAMBIQUE

#### Quel était le problème ?

- Absence de décentralisation.
- Impossibilité de proposer des renouvellements des TAR sur des périodes de plus d'un mois.
- Longueur du trajet des clients jusqu'aux établissements de santé.

#### Quelle solution a été apportée ?

Création de groupes communautaires des TAR (GCT, appelés *Grupos de Adherencia e Apoio Comunitario*), un *modèle de groupe géré par les clients*. Il s'agit de groupes formés par les clients qui se réunissent dans les communautés. Ces clients vont également chercher les TAR à tour de rôle pour tout le groupe ; ils se rendent à l'établissement de santé tous les six mois pour une consultation clinique.

*Le Mozambique compte aujourd'hui plus de 102 000 clients participant à ces groupes, soit près de 10% de la cohorte nationale sous traitement.*

### AFRIQUE DU SUD

#### Quel était le problème ?

- Population vivant avec le VIH très nombreuse ; prévalence très élevée.
- Cliniques surchargées.
- Renouvellement des TAR limité à deux mois.
- Longs délais d'attente dans les établissements de santé.

#### Quelle solution a été apportée ?

Création de clubs d'observance, un *modèle de groupe géré par les agents de santé*. Il s'agit de groupes de 25 à 30 clients cliniquement stables qui se réunissent à heure fixe dans un établissement ou dans la communauté. Après une discussion en groupe dirigée, les clients reçoivent leurs renouvellements des TAR préemballés des mains de prestataires non professionnels.

*Dans la métropole du Cap, dans la province du Cap-Occidental en Afrique du Sud, environ 48% des 210 000 clients ayant commencé leur TAR entre 2011 et 2016 ont vu leurs soins liés au VIH pris en charge dans des clubs d'observance.*

Ce supplément donne aux gestionnaires de programmes, aux partenaires de mise en œuvre, aux partenaires communautaires et aux donateurs travaillant en Afrique de l'Ouest et du Centre un aperçu concret des approches privilégiant la prestation différenciée des TAR dans la région. En faisant état des possibilités que cette prestation différenciée peut offrir aux clients cliniquement stables, le supplément vise à présenter les avantages dont peuvent bénéficier les agents de santé et les clients de la région. La délivrance des TAR constitue la première étape.

Dans ce supplément est présentée une vue d'ensemble de la planification d'une prestation différenciée des TAR en Afrique de l'Ouest et du Centre, suivie d'une présentation détaillée des quatre composantes de base. Les composantes de base sont complétées par des exemples d'études de cas provenant de la région et des listes de questions à prendre en considération. Cinq mesures prioritaires sont décrites pour guider la définition de priorités en matière de prestation différenciée des TAR.

**« Les centres des TAR sont pleins de visages familiers. Parfois, quand on habite près d'un centre, on n'a pas envie de s'y rendre. On préfère aller dans un autre centre pour ne pas croiser des amis et des proches qui se trouvent à côté du centre des TAR. » – Une cliente au Ghana**

# PLANIFIER ET METTRE EN ŒUVRE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

La planification et la mise en œuvre d'une prestation différenciée des TAR supposent la spécification de la fréquence, du lieu et de la composition des services qui seront offerts, ainsi que des prestataires et des bénéficiaires de ces services.

## Qu'est-ce qu'un client « stable » ?

Les clients cliniquement stables sont les personnes vivant avec des TAR qui observent leur traitement et qui n'ont pas besoin de consultations cliniques fréquentes. La définition de « stable » varie selon les pays. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère comme des clients cliniquement stables les personnes :

- qui prennent des TAR depuis au moins un an
- qui ne présentent aucune réaction indésirable aux médicaments nécessitant un suivi régulier
- qui ne présentent pas de maladie en cours, y compris des affections comme la malnutrition chez les enfants, les troubles de santé mentale et la dépression post-partum
- qui démontrent une bonne compréhension de l'observance à vie
- pour qui il existe des éléments probants de réussite du traitement (deux mesures consécutives d'une charge virale inférieure à

1 000 copies/ml, augmentation du nombre de CD4 ou taux de CD4 supérieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> [4].



### Étude de cas : Politique nationale de PDS : Exemple du Ghana [5]

Selon la politique ghanéenne relative à la PDS, datée de 2017, un « client stable » présente les caractéristiques suivantes : « sous le traitement actuel (de première ou deuxième intention) depuis plus de 12 mois, pas d'infections opportunistes en cours et indicateurs de laboratoire stables (le cas échéant), pas de réaction indésirable aux médicaments, bonne compréhension de l'observance à vie des TAR, preuve de la ponctualité aux rendez-vous, charge virale inférieure à 1 000 copies/ml OU (en l'absence de charge virale) pas de diminution des CD4 ni de mesure persistante des CD4 inférieure à 100 cellules/mm<sup>3</sup> ».

#### MESURE PRIORITAIRE N° 1

**Adopter la prestation différenciée des TAR à l'intention des clients cliniquement stables.**

#### MESURE PRIORITAIRE N° 2

**Faire participer les personnes vivant avec le VIH à la conception et à l'offre des services de prestation des TAR.**

## QUAND les TAR sont-ils délivrés ?

La composante de base « Quand » fait référence à la fréquence des visites et à l'heure de la journée à laquelle elles ont lieu. Diminuer la fréquence des visites cliniques ou de renouvellement des TAR réduit la charge qui pèse sur le système de santé ainsi que le coût financier et en temps pour les clients. Des périodes de renouvellement plus longues peuvent permettre de réduire les frais de transport

pour les clients et d'atténuer le risque de révélation accidentelle de leur statut VIH. L'OMS recommande des visites cliniques tous les trois à six mois et des renouvellements des TAR par période de trois à six mois pour les clients cliniquement stables [6]. Ce modèle limite également la nécessité de vérifier que des renouvellements fréquents sont disponibles dans tous les établissements de santé.



### Étude de cas : La prolongation des périodes de renouvellement des TAR au Nigéria [7]

Pour remédier à l'encombrement croissant des cliniques TAR après le lancement de la stratégie « Traiter tout le monde », des renouvellements multiples, c'est-à-dire des prescriptions des TAR par période de trois mois, ont été introduits au Nigéria par le biais du projet « Programme mondial pour une chaîne d'approvisionnement en santé – Acquisition et gestion des approvisionnements » (*Global Health Supply Chain Program-Procurement and Supply Management project*), à l'initiative d'USAID. Les chaînes d'approvisionnement et les systèmes d'acquisition ont été renforcés afin de garantir un approvisionnement ininterrompu en TAR, et ainsi permettre de prolonger les renouvellements. En outre, des critères d'admissibilité et d'inclusion ont été mis au point pour chaque site, les stocks d'antirétroviraux ont été quantifiés, une formation a été dispensée aux agents de santé et des indicateurs de performance ont été définis.

**Impact :** Au total, 104 cliniques ont reçu le feu vert pour assurer des renouvellements multiples. Les données de neuf sites ont été utilisées pour évaluer l'impact de l'intervention. Le nombre total de clients reçus en une journée sur les neuf sites est passé de 2 168 à 1 474 après le lancement des renouvellements multiples. Les cliniques ont été moins engorgées, la charge de travail a baissé et le temps d'attente des clients s'est réduit. Les agents de santé ont eu l'impression de pouvoir dispenser des soins de meilleure qualité, parce qu'ils pouvaient consacrer plus de temps à chaque client. Dans le même temps, l'épuisement des ressources humaines a diminué. Les clients ont eu moins de frais de déplacement, l'observance est restée stable et leur satisfaction à l'égard du ressenti global dans l'établissement s'est améliorée.

Les *Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières*, publiées par l'OMS, donnent des indications sur la fréquence des visites et des renouvellements pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent [8]. Les enfants sont souvent conduits à la clinique tous les mois, car les agents de santé anticipent la nécessité d'ajuster la posologie en fonction de l'évolution du poids. Or, il ressort de l'analyse des données relatives à la croissance des enfants que deux ajustements posologiques seulement sont nécessaires entre

deux et dix ans. Dans ses *Principales considérations*, l'OMS suggère que les enfants cliniquement stables soient soumis à des visites cliniques tous les trois mois entre deux et quatre ans, et tous les trois à six mois entre cinq et neuf ans. L'OMS recommande une visite tous les six mois pour les adolescents âgés de 10 à 19 ans. De même, une visite clinique tous les trois à six mois est recommandée aux femmes enceintes et allaitantes qui sont cliniquement stables, à faire concorder si possible avec les visites de santé maternelle, infantile et juvénile.



## Étude de cas : Le renouvellement des TAR par périodes de six mois en Guinée [9]

En Guinée, des données de 2016 estiment la prévalence du VIH à 1,5% et la couverture des TAR à 35% environ [10]. Elles font également état d'une très forte stigmatisation liée au VIH. En 2014, pendant l'épidémie d'Ebola, de nombreux patients ont dû restreindre leurs déplacements, ce qui a entraîné une forte baisse du suivi de la cohorte VIH. Un système de renouvellement par période de six mois (*modèle individuel en établissement*) a été mis à l'essai et généralisé pour faire face à cette crise. Les clients ont reçu des renouvellements de leur TAR pour six mois (soit six flacons de 30 comprimés chacun), surnommés sur place les « Rendez-vous à 6 mois » (R6M).

**Impact :** Cette approche a été étendue à 1 166 adultes, et la rétention atteignait 90% au bout de 18 mois.

### RENOUVELLEMENT DES TAR ET CONSULTATIONS CLINIQUES [9]

<b>QUAND</b>	Tous les 6 mois
<b>OÙ</b>	Établissement de santé
<b>QUI</b>	Médecin
<b>QUOI</b>	Renouvellement des TAR Consultation clinique Analyses de laboratoire (une visite sur deux) Soutien psychosocial et vérification de l'observance Nouvelle prescription

## QUAND : Questions à considérer

- **Quelle est la durée des renouvellements des TAR dans votre environnement ? Pourrait-on les prolonger pour une durée de trois ou six mois\* ?**  
*\*Remarque : l'instauration d'une période encore plus longue pourrait être bénéfique, mais une chaîne d'approvisionnement solide doit venir appuyer ce modèle.*
- **Quelle est la fréquence des visites cliniques dans votre environnement ? Pourraient-elles être réduites à une fois par semestre ?**

### MESURE PRIORITAIRE N° 3

**Prolonger le renouvellement des TAR chez les personnes observant leur traitement.**

**« Je suis sous traitement depuis 10 ans. Je veux être responsable de mon traitement » – Un client à Conakry (Guinée)**

**« Quand je vais chercher mon traitement au poste de distribution communautaire je ne suis pas stigmatisée mais soutenue » – Une cliente à Kinshasa (RDC)**

## 🏠 OÙ les TAR sont-ils délivrés ?

La composante de base « OÙ » fait référence au lieu où sont assurés les consultations cliniques et les renouvellements des TAR. L'OMS recommande une décentralisation intégrant un « maintien au niveau communautaire » lorsque « les communautés disposent de services de proximité, de postes sanitaires, de services à domicile ou d'organisations à base communautaire » favorisant un meilleur accès aux soins et une meilleure rétention [11]. Cette recommandation concerne l'ensemble des adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH, ainsi que la totalité des populations clés.

### La collecte accélérée des TAR en pharmacie

Si la clinique reste surchargée, avec des temps d'attente importants, alors que la question « Quand ? » a été traitée en prolongeant les renouvellements des TAR et en réduisant la fréquence des visites cliniques, le modèle de PDS suivant à envisager est un modèle de collecte accélérée des renouvellements. Les clients se soumettent à une visite clinique tous les six mois, reçoivent une ordonnance pour des renouvellements des TAR par périodes de trois mois, puis récupèrent leurs renouvellements directement à la pharmacie en dehors de leurs visites cliniques.



### Étude de cas : Les points de distribution communautaires en République démocratique du Congo [12,13]

En 2016, la RDC a adopté la stratégie « tester-traiter », qui s'est traduite par une charge considérable de cas cliniques à gérer pour les agents de santé et par des temps d'attente extrêmement longs pour les patients, dans des établissements surchargés. Dans deux provinces du sud-est du pays, trois modèles de prestation différenciée des TAR ont été présentés et proposés aux clients :

- i) des renouvellements des TAR dans le cadre de groupes de soutien (*modèle de groupe géré par les agents de santé, en établissement ou dans la communauté*)
- ii) des renouvellements accélérés des TAR (*modèle individuel en établissement*)

- iii) des renouvellements dans des points de distribution communautaires des TAR appelés « PODI » (*modèle individuel hors établissement*).

**Impact :** Trois PODI ont été créés pour accompagner 1848 clients stables sous TAR. Des taux élevés de rétention ont été observés (94,9% à 6 mois, 89,3% à 12 mois, 82,4% à 24 mois), et les frais de transport ont baissé des deux tiers. Le temps d'attente d'un renouvellement des TAR dans les PODI s'élève à 12 minutes, contre 85 minutes à l'hôpital.

	RENOUVELLEMENT DES TAR	CONSULTATION CLINIQUE
<b>QUAND</b>	Tous les 3 mois	Tous les ans
<b>OÙ</b>	PODI (communautaire)	Établissement de santé
<b>QUI</b>	Client expert (personne vivant avec le VIH)	Médecin
<b>QUOI</b>	Renouvellement des TAR Dépistage de la tuberculose Vérification de l'observance Soutien par les pairs	Évaluation clinique Analyses de laboratoire Nouvelle prescription

### OÙ : Questions à considérer

- **Quelle est la proportion d'établissements de santé de chaque district pouvant initier ou maintenir des TAR ?**
- **La distance représente-t-elle un obstacle dans ce contexte ?**
- **Le cas échéant, est-il stratégique de poursuivre la décentralisation (cliniques surchargées malgré les visites moins fréquentes et les renouvellements prolongés) ?**
- **Faudrait-il mettre en place plus de sites d'initiation ou de maintien des TAR ou suffirait-il d'augmenter le nombre de sites de collecte des renouvellements ?**

**Insister sur le fait que les clients observant leur traitement peuvent aller chercher leur renouvellement des TAR sans consultation.**



«En prenant nos ARV dans la communauté nous devenons autonomes et sommes responsabilisés», témoignent Stéphane, Julienne, Chantale, David et Jean-Pierre à Kinshasa, RDC.

## Décentraliser pour rapprocher les TAR du domicile

La décentralisation de la délivrance des TAR pour les clients cliniquement stables s'est révélée utile pour améliorer la rétention lorsque la distance constitue un obstacle majeur à l'accès aux médicaments. Dans les milieux à prévalence faible où la stigmatisation liée au VIH peut être forte, les clients devraient toujours pouvoir choisir entre une consultation dans leur clinique locale et une visite dans le service des TAR de leur choix, en dehors de leur communauté. Dans les contextes à prévalence faible ou dans les pays enregistrant d'importantes variations de la prévalence d'une région à l'autre, la décision de décentraliser davantage revêt un caractère stratégique et repose sur l'évaluation de plusieurs facteurs. Peuvent ainsi être pris en considération :

- les variations régionales de la prévalence
- l'analyse des données relatives au continuum actuel des soins liés au VIH, pour identifier les besoins

- la mesure dans laquelle les cliniques centralisées des zones urbaines très peuplées sont surchargées
- la capacité des ressources humaines à répartir des effectifs qualifiés dans plusieurs établissements, notamment dans ceux où les clients sont peu nombreux
- les aspects géographiques ou topologiques influant sur l'accès aux services
- la capacité de la chaîne d'approvisionnement à desservir davantage d'établissements de façon efficace et efficiente.

Une différenciation peut également être envisagée entre la création de sites complets prenant en charge l'initiation et le maintien des TAR et la décentralisation du seul renouvellement.

Il est important de souligner que les pays ou les districts devraient au moins envisager une décentralisation partielle permettant d'obtenir les renouvellements sur des sites décentralisés, tandis que les évaluations cliniques et les services de laboratoire seraient assurés sur des sites centralisés.

## QUI délivre les TAR ?

La composante de base « Qui » fait référence aux prestataires de services assurant les consultations cliniques et les renouvellements des TAR. En Afrique de l'Ouest et du Centre, le manque de ressources humaines constitue souvent un obstacle majeur à l'extension des services. Étudiez la possibilité de déléguer les consultations cliniques au personnel infirmier ou clinicien non-médecin et le renouvellement des TAR à des prestataires non professionnels. De surcroît, faire appel à des pairs pour assurer la prestation des soins liés au VIH peut permettre d'obtenir de meilleurs résultats chez les clients et d'atténuer la stigmatisation.

L'OMS recommande de déléguer et de partager des tâches comme suit :

- Les prestataires non professionnels formés et supervisés peuvent distribuer des TAR aux adultes, aux adolescents et aux enfants vivant avec le VIH.
- Les cliniciens non-médecins formés, les sages-femmes et le personnel infirmier peuvent initier un TAR de première intention.
- Les agents de santé communautaires formés et supervisés peuvent délivrer un TAR entre des visites cliniques régulières.



### Étude de cas : Le renouvellement des TAR dans les groupes de soutien de patients en Côte d'Ivoire [14]

En Côte d'Ivoire, les clients stables qui fréquentent les établissements de santé ont le choix entre deux modèles de prestation différenciée des TAR :

- un modèle accéléré en établissement (*modèle individuel en établissement*), qui prévoit le renouvellement des TAR par période de trois mois et une consultation clinique tous les six mois, avec collecte rapide des renouvellements lors de visites sans consultation ; ou

- le renouvellement des TAR dans le cadre de groupes de soutien des patients, appelés « clubs d'observance » (*modèle de groupe géré par les agents de santé, en établissement ou dans la communauté*), qui sont gérés par des conseillers communautaires et des assistants sociaux dans les établissements.

**Impact :** En juin 2018, 49% des établissements ivoiriens avaient mis en œuvre un de ces modèles, et 30 518 des 41 071 patients admissibles (soit 74%) recevaient leur TAR par l'un de ces modèles.

	RENOUVELLEMENT DES TAR	CONSULTATION CLINIQUE
<b>QUAND</b>	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois
<b>OÙ</b>	Établissement de santé	Établissement de santé
<b>QUI</b>	Conseillers communautaires et/ou assistants sociaux	Médecin
<b>QUOI</b>	Renouvellement des TAR Séances collectives de conseil Soutien par les pairs	Évaluation clinique Analyses de laboratoire Nouvelle prescription

### QUI : Questions à considérer

- Le personnel infirmier ou clinicien non-médecin peut-il prendre en charge les consultations cliniques de maintien des TAR pour les clients stables ?
- Les agents communautaires ou les prestataires non professionnels peuvent-ils distribuer les renouvellements des TAR dans les établissements et/ou en milieu communautaire ?

#### MESURE PRIORITAIRE N° 5

**Permettre aux pairs et aux prestataires non professionnels de distribuer les renouvellements des TAR et d'apporter un soutien psychosocial, en particulier auprès des populations clés.**

## 📄 QUELS services devraient être proposés ?

La composante de base « Quoi » fait référence à l'ensemble des services dispensés à chaque visite. Comme on l'a vu plus haut, les clients cliniquement stables n'ont pas besoin d'une consultation clinique à toutes les visites de renouvellement des TAR. Il est important de préciser séparément quels services sont proposés lors des visites de renouvellement et lors des visites de consultation clinique. Les services proposés lors des visites de renouvellement comprennent : un bref dépistage des symptômes, un renouvellement

du cotrimoxazole, un bilan de la planification familiale (PF), une vérification de l'observance du traitement préventif de la tuberculose (TPT) et le soutien par les pairs. Les services pris en charge dans le cadre de consultations cliniques sont les suivants : les analyses de laboratoire, dont la mesure de la charge virale, les comorbidités, l'évaluation du TPT et de la PF et le renouvellement du TAR, ainsi que les nouvelles prescriptions intégrant les TAR, les maladies non transmissibles, le TPT et la PF.

### 📄 Étude de cas : Des pharmacies communautaires pour renouveler les TAR au Nigéria [15]

Au Nigéria, les pharmacies communautaires sont enregistrées en tant que locaux pharmaceutiques privés. En 2014, on comptait 530 pharmacies enregistrées dans la capitale du pays, Abuja. Les patients cliniquement stables (définis comme recevant un TAR depuis plus de six mois, avec une suppression de la charge virale inférieure à 20 copies/ml en schéma de première intention) étaient orientés par les cliniques publiques de TAR vers des pharmacies communautaires pour la collecte des renouvellements. Ils apportaient un document de renvoi et une ordonnance à la pharmacie communautaire de leur choix, et celle-ci leur délivrait leurs TAR gratuitement lors de visites bimestrielles de renouvellement. Les clients se rendaient tous les six mois à des consultations cliniques à l'hôpital public. Les clients chez lesquels un problème était constaté étaient immédiatement envoyés pour une évaluation médicale.

Les pharmacies communautaires recevaient également des services de leadership et de gestion pour maintenir de bonnes relations avec les patients.

**Impact :** Au total, les services fournis à 375 clients ont été décentralisés de 14 hôpitaux publics vers 26 pharmacies communautaires entre février 2016 et mai 2017. Le renouvellement des ordonnances a atteint les 100%, et presque tous les participants (99,7%) ont poursuivi les soins. Ce modèle a essaimé dans trois autres États nigériens, Kano, Nasarawa et Katsina, où 64 pharmacies enregistrées délivraient des renouvellements des TAR à 5 017 clients à la mi-mars 2019. Il est prévu de continuer de déployer ce modèle dans le sud du pays, en commençant par l'État de Rivers.

#### RENOUVELLEMENT DES TAR

#### CONSULTATION CLINIQUE

 <b>QUAND</b>	Tous les 2 mois (tous les 3 mois en cas de déplacements fréquents)	Tous les 6 mois
 <b>OÙ</b>	Pharmacie communautaire	Établissement de santé
 <b>QUI</b>	Pharmacien communautaire	Médecin
 <b>QUOI</b>	Renouvellement des TAR et de cotrimoxazole Brève analyse des symptômes/manifestations indésirables Vérification de l'observance Garantie de la participation à la consultation clinique à la date prévue	Évaluation clinique Analyses de laboratoire (charge virale) Nouvelle prescription

### QUOI : Questions à considérer

- Les clients peuvent-ils récupérer leur renouvellement des TAR sans voir de médecin ou de personnel infirmier ?
- Existe-t-il d'autres services de santé ou psychosociaux pouvant être intégrés aux visites de renouvellement des TAR ou aux consultations cliniques (planification familiale, par exemple) ?

# ADAPTATION DE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR DANS LES CONTEXTES INSTABLES ET POUR LES POPULATIONS CLÉS EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

## La prestation différenciée des TAR dans les situations d'instabilité ou de conflit

Plusieurs pays de la région sont aux prises de conflits incessants. Les principes de la prestation différenciée des TAR ont été employés

dans ces contextes pour permettre aux patients de continuer leur traitement. La réussite de ces modèles est conditionnée par des relations étroites nouées dans les communautés et par des dispositifs mis en place pour garantir un approvisionnement de base en TAR.



### Étude de cas : L'espace des visites pour les TAR en République centrafricaine [16]

La République centrafricaine (RCA) fait face à des conflits liés à l'instabilité politique depuis plusieurs années. En 2017, la prévalence du VIH était estimée à 4%, l'une des plus élevées d'Afrique de l'Ouest et du Centre, avec d'importantes variations d'une région à l'autre [17]. Autour de la ville de Zémio, la prévalence atteignait 12%, avec un seul site de délivrance des TAR. Pour y accéder, de nombreux clients devaient parcourir plus de 250 km dans des conditions difficiles, en raison de la saison des pluies et des risques de violence. Malgré ces difficultés, en 2015, 960 personnes recevaient des TAR, dont 6,2% étaient âgées de moins de 15 ans. Pour soutenir la continuité de l'approvisionnement, les TAR ont été décentralisés dans des cliniques périphériques déterminées; l'initiation du traitement a été déléguée au personnel infirmier; son maintien a été confié à des cadres non professionnels; et un renouvellement par période de six mois a été mis en place.

Une fois ces trois interventions prioritaires de prestation différenciée des TAR mises en œuvre (décentralisation, délégation/partage des tâches et prolongement des renouvellements), les clients cliniquement stables ont eu la possibilité de choisir entre deux modèles de délivrance des TAR :

- i) la collecte rapide en pharmacie, un *modèle individuel en établissement*. Les clients se rendent directement à la pharmacie pour récupérer leur renouvellement des TAR dans le cadre d'une visite sans consultation clinique
- ii) la collecte via des groupes communautaires d'observance des TAR (GCT), un *modèle de groupe géré par les clients dans la communauté*. Les groupes sont formés de clients recensés dans la même zone géographique. Ces clients vont chercher à tour de rôle les TAR pour tout le groupe.

#### RENOUVELLEMENT DES TAR

#### CONSULTATION CLINIQUE

	RENOUVELLEMENT DES TAR	CONSULTATION CLINIQUE
<b>QUAND</b>	Tous les 3 à 6 mois (adaptation en fonction des risques concernant la continuité des soins)	Tous les ans
<b>OÙ</b>	Communauté (GCT) ou cliniques périphériques (collecte rapide)	Cliniques périphériques
<b>QUI</b>	Clients (GCT) ou prestataires non professionnels (collecte rapide)	Personnel infirmier
<b>QUOI</b>	Renouvellement des TAR et de cotrimoxazole Vérification de l'observance Soutien par les pairs (GCT)	Évaluation clinique Analyses de laboratoire Nouvelle prescription

**« Aujourd'hui, nous disposons de tous les éléments nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique et faire en sorte que ce fléau appartienne au passé. Aujourd'hui, il nous appartient d'utiliser au mieux ces outils, et notamment d'investir dans la prestation de services liés au VIH au niveau communautaire. » – Ali Bongo Obdimba, Président du Gabon**

## La prestation différenciée des TAR pour les populations clés

Dans les milieux où la prévalence du VIH est faible, les populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui consomment des drogues, personnes transgenres, travailleurs et travailleuses du sexe) peuvent représenter une part plus importante de la population vivant avec le VIH que dans

d'autres contextes. Les membres des populations clés vivant avec le VIH qui sont cliniquement stables et sous TAR devraient tous avoir accès aux mêmes modèles de prestation différenciée que les autres clients stables. Des adaptations spécifiques de chaque composante de base peuvent être étudiées par ailleurs pour satisfaire les besoins de ces populations clés. Le *Cadre décisionnel de prestation différenciée des traitements antirétroviraux pour les populations clés* décrit ces adaptations en détail [18].



### Étude de cas : La délivrance des TAR aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont cliniquement stables au Ghana

Le Manuel opérationnel national de la PDS au Ghana a recommandé la mise en place d'un modèle dans lequel des centres de soins de santé primaires, des sites communautaires et des centres d'accueil pour les populations clés font office de sites de renouvellement des TAR. Les sites de renouvellement des centres d'accueil doivent avoir conclu un accord avec le site de délivrance des TAR qui détient le carnet de prise en charge du client, fournit le traitement et assure le suivi clinique. Un agent de santé ou un client désigné récupère les TAR dans les sites de délivrance. Le site hôte réalise un bilan clinique tous les six mois et prescrit deux renouvellements des TAR pour une période de trois mois, lesquels peuvent être distribués par des cadres non professionnels, notamment des pairs.

Le Centre international de soins de santé (*International Healthcare Centre, IHCC*) applique la politique de prestation

différenciée des TAR aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont cliniquement stables. Il opère dans une clinique communautaire privée proposant des services de proximité à cette population. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont stables se soumettent à un rapide contrôle clinique réalisé par le personnel infirmier lors des heures de service prolongées. Ils reçoivent par la suite des renouvellements des TAR pour quatre à six mois (en fonction des stocks de traitement disponibles). Lorsque ces hommes redoutent d'être vus à la clinique par d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il leur est possible de récupérer leurs renouvellements des TAR auprès d'un service de proximité itinérant ou via des agents de santé non professionnels (pairs) délivrant les médicaments à un point de collecte communautaire déterminé.

#### RENOUVELLEMENT DES TAR

#### CONSULTATION CLINIQUE

<b>QUAND</b>	Tous les 4 à 6 mois Heures de service prolongées (8 h-20 h du lundi au vendredi et 8 h-13 h le samedi)	Tous les 4 à 6 mois Heures de service prolongées (8 h-20 h du lundi au vendredi et 8 h-13 h le samedi)
<b>OÙ</b>	Clinique communautaire de l'IHCC, livraison à domicile par un pair ou collecte auprès d'un service itinérant	Clinique communautaire de l'IHCC
<b>QUI</b>	Pair/personnel infirmier	Personnel infirmier
<b>QUOI</b>	Renouvellement des TAR Vérification de l'orientation Vérification de l'observance Distribution de préservatifs et de lubrifiant	Consultation clinique Tests en laboratoire Nouvelle prescription

**« Depuis que nous connaissons notre statut, nous avons accès au traitement. Il y a cependant des sites auxquels il est difficile d'accéder, et il arrive que des personnes vivant avec le VIH n'aient pas les moyens financiers de se rendre dans les centres de santé, alors elles abandonnent le traitement. »**

**– Un client au Sénégal**

# CONCLUSION

Évaluer la manière dont la prestation différenciée des TAR peut répondre aux problèmes d'accès des clients et aux contraintes de charge des agents de santé a autant d'importance dans cette région qu'en Afrique de l'Est et australe. Ce document d'information traite de la prestation des TAR destinée aux clients cliniquement stables, la première population à avoir bénéficié de la PDS. Il s'agit également du groupe dans lequel ce système a eu le plus d'effets à ce jour en milieu à prévalence élevée. En prolongeant les périodes de renouvellement des TAR, les systèmes de santé fragiles ou surchargés peuvent offrir un traitement et des soins plus accessibles aux clients cliniquement stables, ce qui favorise l'observance et la rétention à long terme. Le temps supplémentaire dont disposent ainsi les agents de santé peut alors être réorienté vers l'identification de nouveaux cas de VIH, l'initiation des TAR chez les personnes identifiées et la prise en charge de clients se trouvant à un stade avancé de la maladie ou en échec thérapeutique.

Pour en savoir plus sur la prestation différenciée de services, notamment les pratiques exemplaires les plus récentes, les lignes directrices normatives et cliniques et les outils qui facilitent la mise en œuvre nationale, consulter [www.differentiatedservicedelivery.org](http://www.differentiatedservicedelivery.org).

La prestation différenciée des TAR peut aussi être un moyen d'éliminer les obstacles liés à la stigmatisation en Afrique de l'Ouest et du Centre en réduisant le nombre de visites et le temps d'attente à la clinique, en proposant une prise en charge continue à une certaine distance du domicile si les clients le souhaitent et en favorisant la mise en place de services communautaires et plus intégrés. Prouver que la majorité des personnes vivant avec le VIH sont en mesure d'observer leur traitement, de parvenir à un état cliniquement stable et de gérer leur maladie de manière autonome pourrait être un moyen efficace de montrer que le VIH est une maladie chronique comme les autres et que les personnes qui en sont atteintes peuvent mener une vie longue et productive.

La priorité accordée à ces cinq mesures pour mettre en place la prestation différenciée des TAR constitue une première étape dans la mise en place d'une approche différenciée de la prestation des services VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre.

## CINQ MESURES PRIORITAIRES EN VUE D'UNE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR EN AFRIQUE DE L'OUWEST ET DU CENTRE

- 1 Adopter la prestation différenciée des TAR à l'intention des clients cliniquement stables.**
- 2 Faire participer les personnes vivant avec le VIH à la conception et à l'offre des services de prestation des TAR.**
- 3 Prolonger le renouvellement des TAR chez les personnes observant leur traitement.**
- 4 Insister sur le fait que les clients observant leur traitement peuvent aller chercher leur renouvellement des TAR sans consultation.**
- 5 Permettre aux pairs et aux prestataires non professionnels de distribuer les renouvellements des TAR et d'apporter un soutien psychosocial, en particulier auprès des populations clés.**

## References

- 1 ONUSIDA, Un long chemin reste à parcourir – combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices, 2018.
- 2 ONUSIDA, Plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre – Accélérer le traitement du VIH d'ici à 2018, 2016.
- 3 Grimsrud, A., Bygrave, H., Doherty, M. et al., Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*, 2016, 19:21484.
- 4 OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach (2e éd.), 2016.
- 5 Programme national de lutte contre le sida, Service de santé du Ghana, *Differentiated service delivery for HIV in Ghana: An Operational Manual*, 2017.
- 6 OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach (2e éd.), 2016.
- 7 Attah, M., Mohammed, A., Hassan, S. et al., Multi-Month Scripting (MMS) for ARVs for People Living with HIV (PLHIV) in Nigeria: Impact on High Volume ART Clinics, 2018.
- 8 OMS, Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés, 2017.
- 9 Beklolo, C.E., Diallo, A., Philips, M. et al., Six-monthly appointment spacing for clinical visits as a model for retention in HIV care in Conakry-Guinea: a cohort study. *BMC Infectious Diseases*, 2017, 17:766.
- 10 ONUSIDA, données relatives à la Guinée, 2016. <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/guinea>
- 11 OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach (2e éd.), 2016.
- 12 Médecins Sans Frontières, Towards an increased, more effective care for PLHIV in West and Central Africa, 2017.
- 13 Bemelmans, M., Baert, S., Goemaere, E. et al., Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop. Med. Int. Health*, 2014 ;19(8):968-977.
- 14 Bohoussou, K.S., Ahoba, D.I.P., Koudjale, D.M. et al., « Taking differentiated service delivery to scale in Côte d'Ivoire: Phased implementation to achieve impact ». Réunion annuelle du CQUIN, novembre 2018.
- 15 Avong, Y.K., Aliyu, G.G., Jatau, B. et al., Integrating community pharmacy into community based anti-retroviral therapy program: A pilot implementation in Abuja, Nigeria. *PLoS ONE*, 2018 13(1): e0190286.
- 16 Ssonko, C., Gonzalez, L., Mesic, A. et al., Delivering HIV care in challenging operating environments: the MSF experience towards differentiated models of care for settings with multiple basic health care needs. *Journal of the International AIDS Society*, 2017, 20(Suppl 4): 21654.
- 17 ONUSIDA, données relatives à la République centrafricaine, consultées le 2 avril 2019 : <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/centralafricanrepublic>
- 18 International AIDS Society, *Cadre décisionnel de prestation différenciée des traitements antirétroviraux pour les populations clés*, 2018.



**DIFFERENTIATED  
SERVICE DELIVERY**

[www.differentiatedservicedelivery.org](http://www.differentiatedservicedelivery.org)