




PRISE EN CHARGE DIFFÉRENCIÉE DU VIH :

## CADRE DÉCISIONNEL POUR LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX

Pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent

Il est temps d'aborder différemment la prestation de services.

A woman with dark hair tied back, wearing a white patterned top, is holding a young child. The child is smiling and looking towards the right. The background is a solid blue color. The woman is looking at the child with a gentle expression. The child is wearing a light blue shirt and has a red string around their wrist. The woman has a gold watch on her left wrist and a yellow bracelet on her right wrist. The overall mood is warm and caring.

**Prise en charge différenciée :**  
Justifiée pour toutes les  
personnes vivant avec le VIH,  
notamment les enfants, les  
adolescents et les femmes  
enceintes et qui allaitent.

**Il est temps *d'aborder*  
différemment la prestation  
de services.**



*Un Cadre Décisionnel de prestation différenciée de traitements antirétroviraux pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent permet d'attirer une attention délibérée sur ces populations spécifiques. Les concepts présentés ici s'appliquent à un public mondial.*

Ce document est le deuxième volet de la série des cadres décisionnels. Des versions complémentaires visant d'autres populations spécifiques, y compris les hommes et les populations clés (les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe et les transgenres), d'autres parties de la cascade de la prise en charge du VIH et différents contextes seront élaborées. **Cette étape est la deuxième.**

# TABLE DES MATIÈRES

|   |             |
|---|-------------|
| Résumé .....  | iv          |
| Défis communs : pourquoi il est temps d'aborder différemment la prestation de services.....                                 | v           |
| Préface.....  | vi          |
| <b>PARTIE 1 : INTRODUCTION .....</b>  | <b>VIII</b> |
| Qu'est-ce que la prise en charge différenciée et la prestation différenciée des TAR ?.....                                  | 1           |
| Gros plan sur les populations spécifiques.....  | 2           |
| Pourquoi doit-on différencier la prestation des TAR pour des populations spécifiques ?.....                                 | 2           |
| Quels sont les principes fondamentaux de la prise en charge différenciée ?.....   | 3           |
| Quels sont les principes fondamentaux de la prise en charge différenciée de populations spécifiques ? .....                 | 3           |
| Critères d'un client cliniquement stable.....   | 4           |
| Quatre modèles généraux de prestation différenciée des TAR.....   | 5           |
| <b>PARTIE 2 : L'APPROCHE EN 5 ÉTAPES DE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES.....</b>        | <b>6</b>    |
| <b>PARTIE 3 : QUELS SONT LES TROIS ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ?.....</b>   | <b>12</b>   |
| Les trois éléments .....  | 13          |
| Comment différencier en fonction des caractéristiques cliniques ? .....   | 14          |
| Comment différencier en fonction de la population spécifique ?.....   | 14          |
| Comment différencier en fonction du contexte ? .....  | 17          |
| <b>PARTIE 4 : FAUT-IL ADAPTER UN MODÈLE EXISTANT OU CONSTRUIRE UN NOUVEAU MODÈLE ? .....</b>                                | <b>18</b>   |
| Adapter ou construire .....   | 19          |
| Question 1 : Existe-t-il un modèle de prestation différenciée des TAR ? .....   | 19          |
| Question 2 : Existe-t-il un soutien par les pairs ou un soutien psychosocial existant qui pourrait être adapté ? .....      | 21          |
| Quand faut-il construire un nouveau modèle de prestation des TAR ? .....  | 21          |
| <b>PARTIE 5 : ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES .....</b> | <b>22</b>   |
| Les composantes de base .....   | 23          |
| « QUAND » les TAR sont-ils dispensés ? .....  | 24          |
| « OÙ » les TAR sont-ils dispensés ? .....   | 26          |
| « QUI » assure la prestation différenciée des TAR ? .....   | 28          |
| « QUELS » services devraient être offerts ? .....   | 30          |
| Considérations relatives aux composantes de base pour chaque population spécifique .....                                    | 32          |
| <b>CONCLUSION .....</b>   | <b>34</b>   |
| <b>ANNEXES .....</b>  | <b>38</b>   |

## LISTE DES ÉTUDES DE CAS

|   |    |
|---|----|
| 1 Renforcement des moyens d'action des populations clés jeunes à travers la formation sur le plaidoyer et la communication en Asie-Pacifique..... | 9  |
| 2 Clubs d'adolescents au Swaziland .....  | 14 |
| 3 Centres d'accueil communautaires accueillant aussi des adolescents des populations clés au Pakistan .....                                       | 16 |
| 4 Soins axés sur la famille pour les orphelins vivant avec le VIH en Haïti .....  | 16 |
| 5 Journée pédiatrique à la clinique TAR avec espacement des rendez-vous des membres de la famille stables au Kenya .....                          | 17 |
| 6 TAR communautaire (C-BART) en Namibie .....   | 17 |
| 7 Initiative pour la normalisation des rencontres pédiatriques accélérées pour les TAR (SPEEDI) en Tanzanie .....                                 | 17 |
| 8 Adaptation du modèle des clubs d'observance (CO) des TAR en Afrique du Sud .....  | 19 |
| 9 Adaptation du programme de soutien communautaire pour adolescents CATS au Zimbabwe .....  | 21 |

## LISTE DES EXEMPLES

|   |    |
|---|----|
| 1 Clubs d'adolescents au Malawi .....                         | 25 |
| 2 Services pédiatriques de proximité en Zambie .....          | 27 |
| 3 Clubs postnatals en Afrique du Sud .....                    | 29 |
| 4 Modèle familial de renouvellement des TAR au Zimbabwe ..... | 31 |

## ABRÉVIATIONS

|         |  |        |   |
|---------|--|--------|---|
| ARV     | Antirétroviral   | PMN    | Paires mères-nourrissons  |
| CATS    | Community Adolescent Treatment Supporters                          | PMNBR  | Paire mère-nourrisson à bas risque                                    |
| C-BART  | TAR communautaire  | PMNHR  | Paire mère-nourrisson à haut risque                                   |
| CD4     | Classe de différenciation 4  | PSD    | Prestation de service différenciée                                    |
| CDC     | Centre pour le contrôle et la prévention des maladies              | PVVIH  | Personne vivant avec le VIH   |
| CO      | Club d'observance  | S&E    | Suivi et évaluation   |
| CSP     | Clinique de soins primaires  | SIDA   | Syndrome d'immunodéficience acquise                                   |
| CV      | Charge virale  | SMNI   | Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant                        |
| EID     | Diagnostic précoce chez le nourrisson                              | SPEEDI | Standardized Paediatric Expedited Encounters for ART Drugs Initiative |
| FEA     | Femmes enceintes et qui allaitent                                  | SPoN   | Soins postnatals  |
| GCT     | Groupes communautaires des TAR                                     | SPrN   | Soins prénataux   |
| OC      | Organisations communautaires                                       | SSP    | Soins de santé primaires  |
| OMS     | Organisation mondiale de la santé                                  | SSR    | Santé sexuelle et reproductive  |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA                 | TAR    | Traitement antirétroviral   |
| PCR     | Réaction en chaîne de la polymérase                                | TB     | Tuberculose   |
| PEPFAR  | The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (USA) | USAID  | United States Agency for International Development                    |
| PF      | Planification familiale  | VIH    | Virus de l'immunodéficience humaine                                   |

# RÉSUMÉ



Je manque encore un jour d'école par mois pour aller chercher mon TAR à la clinique même si je me sens bien.

Découvrez l'histoire de **Sophia**, une cliente adolescente, page 20



Nous devons atteindre 90-90-90 et intensifier nos efforts pour traiter tout le monde. Comment allons-nous y parvenir avec les ressources dont nous disposons ?

Découvrez l'histoire de **Andrew**, gestionnaire de district du TAR, page 20

Ces préoccupations exprimées par une adolescente et un gestionnaire de district du TAR soulignent les difficultés rencontrées alors que nous continuons à intensifier la prestation des services liés au traitement antirétroviral (TAR). Le fait que plus de 18 millions de personnes ont accès au TAR est un exploit considérable [1]. Cependant, avec près de 37 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à travers le monde [1], il reste encore beaucoup à faire pour atteindre l'objectif « traiter tout le monde » et élargir l'accès aux TAR. Les enfants, les adolescents, ainsi que les femmes enceintes et qui allaitent (FEA) et leurs nourrissons ont des besoins et des attentes uniques. Lorsque ceux-ci sont satisfaits par le système de soins de santé, les clients comme le système de soins de santé y trouvent leur compte.

**La prise en charge différenciée, ou la prestation de services différenciée, offre un cadre permettant d'innover dans le domaine de la prestation de services. « La prise en charge différenciée est une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services VIH dans l'ensemble de la cascade des soins, en vue de mieux satisfaire les besoins des PVVIH et de réduire les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé ». [2]. Elle s'applique à toutes les populations, y compris aux enfants, aux adolescents et aux femmes enceintes et qui allaitent.**

Jusqu'à présent, nombre des modèles de prise en charge différenciée bien connus ont adapté la prestation de services aux adultes non enceintes et cliniquement stables dans des zones durement touchées par l'épidémie. Cependant, la prise en charge différenciée pourrait profiter le plus aux groupes de clients dont les résultats actuels sont médiocres. Les données sur les enfants, les adolescents et les FEA suggèrent qu'il existe des possibilités considérables d'améliorer leurs résultats et la qualité de leur prise en charge.

La publication de 2017 intitulée « Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations », les Considérations clés [3] en abrégé, préconise un accès à une prestation différenciée des

TAR pour les populations spécifiques. Le *Cadre Décisionnel de prestation des TAR pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent*, aussi appelé, en abrégé, *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques*, met l'accent sur la manière de mettre en œuvre ces recommandations. Ce cadre vise à aider les gestionnaires des programmes VIH aux niveaux national et de district à adapter et à élaborer des modèles différenciés de prestation de TAR. Le document guide le lecteur sur la manière d'évaluer les données et d'identifier les priorités en vue de trouver des solutions aux défis spécifiques et locaux. Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* est étayé par un recueil d'outils et de pratiques exemplaires consultables en ligne sur [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).

La Partie 1 donne un aperçu de la prise en charge différenciée et de la prestation différenciée des TAR et définit les principes fondamentaux des populations spécifiques. La Partie 2 décrit un plan en 5 étapes destiné à aider les gestionnaires de programme TAR à établir la priorité des interventions à mettre en œuvre en fonction du contexte spécifique. La Partie 3 décrit brièvement les « éléments » clés d'un client, notamment ses caractéristiques cliniques, sa ou ses populations spécifiques, ses groupes et le contexte dans lequel il vit. La Partie 4 examine deux questions à considérer avant d'élaborer un nouveau modèle de prestation différenciée des TAR : (i) adapter des modèles de prestation différenciée des TAR pour adultes ; ou (ii) adapter les interventions de soutien psychosocial existantes aux populations spécifiques. Les « composantes de base » de la prestation de services sont présentées dans la Partie 5 à l'aide d'exemples illustratifs.

Pour répondre aux besoins des populations spécifiques et améliorer la prestation des TAR dans le cadre d'une approche de santé publique, la réponse au VIH doit désormais être apportée différemment. Un soutien coordonné de la part des donateurs, des organismes de mise en œuvre et des réseaux de PVVIH est nécessaire pour relever ce défi. Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* est un outil pratique sur la manière d'envisager différemment les populations spécifiques dans le but de proposer aux enfants, aux adolescents et aux FEA des services liés au VIH de qualité quand, où et comme ils le veulent.

# DÉFIS COMMUNS: POURQUOI IL EST TEMPS D'ABORDER DIFFÉREMMENT LA PRESTATION DE SERVICES



## PERSPECTIVE DU CLIENT



Ma mère va chercher ses antirétroviraux (ARV) dans notre village alors pourquoi dois-je me rendre à la clinique pour les miens ?

Pourquoi dois-je voir cet enfant tous les mois pour le peser alors que les doses de ses médicaments ne vont pas changer avant au moins 2 ans ?



Maintenant que je suis enceinte, pourquoi dois-je passer une journée par mois à la clinique pour récupérer mes ARV alors qu'avant, j'allais récupérer mon traitement au point de collecte dans ma communauté ?

Pourquoi un membre respectable du club ne peut-elle pas rester dans le groupe maintenant qu'elle est enceinte ?



## PERSPECTIVE DE L'AGENT DE SANTÉ

Pourquoi dois-je manquer un jour d'école tous les mois pour me rendre à la clinique quand je me sens en bonne santé ?

Comment vais-je réussir à passer du temps avec des adolescents qui souffrent de dépression et qui ne prennent pas leur traitement ?



Comment vais-je réussir à faire cadrer les visites à la clinique de mon nouveau-né avec mes visites pour récupérer mes ARV ?

Je mets mes patientes sous traitement lorsqu'elles sont enceintes, mais comment vont-elles suivre le traitement si elles ont peur d'aller à la clinique VIH après l'accouchement ?



# PRÉFACE

## Contexte

Le premier *Cadre Décisionnel pour la prestation des TAR* a été publié en juillet 2016 à l'occasion de la 21e Conférence internationale sur le SIDA à Durban, en Afrique du Sud [4]. Il établit le contexte et les principes de la prise en charge différenciée à travers un éventail d'exemples de prestation différenciée des TAR axés sur les adultes cliniquement stables. Il donne aussi des conseils sur la manière de déterminer les éléments prioritaires de la prise en charge différenciée à mettre en œuvre dans un contexte donné, et d'élaborer un ou plusieurs modèles de prestation différenciée des TAR pour des adultes cliniquement stables.

Le référentiel de connaissances en ligne [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org) étaye à la fois le premier *Cadre Décisionnel* et le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques*. Cette ressource de référence en matière de prise en charge différenciée comprend des directives internationales et nationales, des modèles exemplaires de prestation de services accompagnés de leurs outils de mise en œuvre, ainsi que des ressources associées.

## Dépasser le cadre des adultes « stables »

Les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent (FEA), ainsi que leurs nourrissons, devraient pouvoir accéder à des modèles de prestation différenciée des TAR. Bien que le premier *Cadre Décisionnel* ait pris en considération des populations autres que des adultes, il était néanmoins centré sur les adultes cliniquement stables, ou « stables », à savoir la population la plus grande ayant besoin de directives sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une prestation différenciée des TAR [4]. À l'époque, la majorité des éléments probants relatifs à la prestation différenciée des TAR concernait les adultes cliniquement stables et reflétait les meilleurs avantages possibles à la fois pour les clients et le système de soins de santé.

Alors que des pays ont formulé des politiques de prise en charge différenciée, de plus en plus de voix se sont élevées pour demander des conseils quant à savoir si les enfants, les adolescents et les FEA devraient aussi accéder à une prestation différenciée des TAR et sur la façon d'élaborer des modèles pour ces populations. Bien que les populations spécifiques aillent au-delà des enfants, des adolescents et des FEA, le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* se concentre sur les populations mentionnées ci-dessus.

La prise en charge différenciée offre la possibilité à la fois de simplifier la prise en charge des personnes qui évoluent bien avec le traitement, et de mieux prendre en charge celles dont les obstacles les empêchent d'atteindre ou de maintenir un état de suppression virale. Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* est centré sur les clients cliniquement stables. Tout en reconnaissant que les clients cliniquement instables peuvent être les moins à même d'accéder facilement ou fréquemment aux services et qu'ils pourraient aussi bénéficier d'un accès à

des modèles de prise en charge différenciée pour favoriser la suppression virale, il n'existe aucune recommandation mondiale et que peu d'éléments probants sur des composantes de base ou des modèles appropriés. Cependant, il existe des considérations clés et de plus en plus d'arguments en faveur des populations spécifiques cliniquement stables. C'est pour ces raisons que le présent document met l'accent sur la manière d'opérationnaliser la prestation différenciée des TAR pour des populations spécifiques cliniquement stables.

## Comment lire le Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* peut se lire comme un document autonome, sans se référer au premier *Cadre Décisionnel sur la prestation des TAR*. Il offre une compréhension en profondeur de la prestation différenciée des TAR et une approche étape par étape de l'élaboration des modèles de prestation différenciée des TAR. Les exemples et les études de cas proposés mettent spécifiquement l'accent sur les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent.

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* vient compléter une autre nouvelle publication intitulée « Key Considerations for Differentiated Antiretroviral Therapy Delivery for Specific Populations : Children, Adolescents, Pregnant and Breastfeeding Women and Key Populations » ou Considérations clés en abrégé. Ces Considérations clés soulignent « ce qui » doit être mis en œuvre, et le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* opérationnalise « la manière » de le mettre en œuvre. Un autre cadre décisionnel reflétant les considérations clés pour les populations clés sera publié en 2018.

### Si vous n'avez pas de notion relative à la prise en charge différenciée, ou si vous n'avez pas lu le premier Cadre Décisionnel :

Commencez à lire à partir de la Partie 1 (page viii)

### Si vous avez de l'expérience en matière de prise en charge différenciée ou si vous avez lu le premier Cadre Décisionnel :

- Sauter les pages i-1 ;
- Commencez à la page 2, Partie 1 : Pourquoi doit-on différencier la prestation des TAR pour les populations spécifiques ?
- Lisez la Partie 2, qui passe en revue l'approche en 5 étapes visant à adapter ou à élaborer des modèles de prestation différenciée des TAR pour une nouvelle population ;
- Sauter les pages 12-13 ;
- Lisez la Partie 3 à partir de la page 14 : Comment différencier en fonction de la population spécifique ?
- Lisez la Partie 4 & la Partie 5.



Nous avons tous les deux des charges virales indétectables et on devrait nous faire confiance et nous donner des approvisionnements en ARV plus longs.



## Utilisation du terme « populations spécifiques »

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* est délibérément axé sur les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent et leurs nourrissons. Il n'existe pas de mot idéal pour désigner collectivement ces populations spécifiques. Cependant, dans un souci de commodité, le terme « populations spécifiques » sera utilisé dans le présent document.

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* ne s'attarde pas en détail sur les personnes suivantes :

- celles qui sont à la fois adolescentes et enceintes ;
- les populations clés (les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe et les transgenres) ;
- celles qui sont à la fois adolescent(e)s et membres de populations clés ;
- les hommes dans leur rôle de père au sein de la cellule familiale, ainsi que les hommes de manière plus générale en dehors de ce rôle ;
- Les enfants des populations clés.

Des cadres décisionnels supplémentaires visant les populations mentionnées ci-dessus, d'autres parties de la cascade de la prise en charge du VIH et différents contextes seront élaborés.

## Objectifs du Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* a pour objet de :

- Définir le contexte des principes de la prise en charge différenciée et de la prestation différenciée des TAR ;
- Proposer un éventail d'exemples de prestation différenciée des TAR pour les populations spécifiques ;
- Donner des directives sur la manière d'adapter ou d'élaborer un modèle de prestation différenciée des TAR pour les enfants, les adolescents et/ou les FEA.

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* s'adresse à la fois aux gestionnaires de programmes TAR nationaux et de district et, le cas échéant, aux partenaires de mise en œuvre, aux donateurs et autres personnes qui soutiennent ou travaillent avec le programme national des TAR. Le référentiel de connaissances en ligne ([www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org)) a été mis à jour pour inclure des modèles exemplaires de prestation des TAR pour les enfants, les adolescents et les FEA.

Nous avons du mal à faire revenir les jeunes et les nouvelles mères à la clinique. Comment pouvons-nous améliorer leurs résultats ?





PARTIE 1

# INTRODUCTION

# QU'EST-CE QUE LA PRISE EN CHARGE DIFFÉRENCIÉE ET LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR?

## Qu'est-ce que la prise en charge différenciée ?

« La prise en charge différenciée est une approche 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 tenir compte des préférences et des attentes des différents groupes de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé. » [2] La prise en charge différenciée permet de réduire les obstacles à l'accès aux services liés au VIH pour les clients et de recentrer les ressources du système de santé sur ceux qui en ont le plus besoin.

La prise en charge différenciée vise à améliorer la qualité de l'expérience du client en mettant le client au cœur de la prestation de services tout en s'assurant que le système de santé fonctionne de manière efficace et responsable sur le plan médical. L'adaptation de la prestation de services repose sur les besoins du client. Dans le cadre d'une approche de santé publique, on doit tenir compte des besoins de la population spécifique à laquelle appartient le client (par ex. enfants, adolescents, FEA) et le contexte dans lequel il cherche à accéder aux soins (par ex. environnement urbain ou rural, zone faiblement/durement touchée). Ces éléments sont décrits plus en détail dans la Partie 3 (page 12).

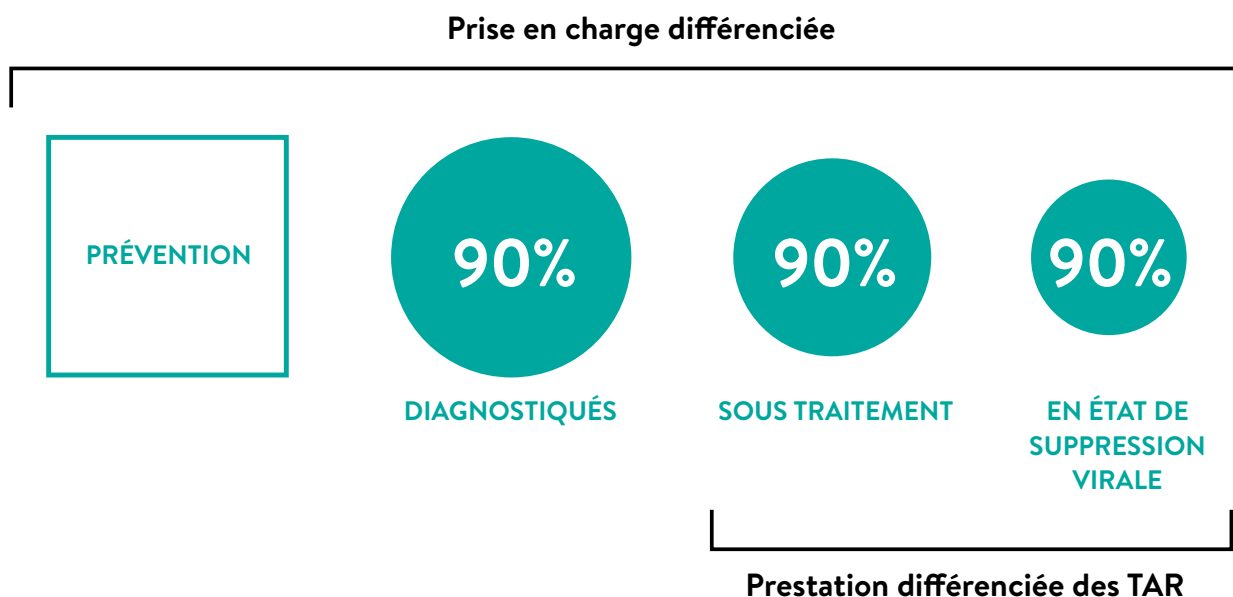
La prise en charge différenciée est aussi appelée **prestation de service différenciée (PSD)**. Pour répondre à la diversité des besoins des PVVIH, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une approche différenciée de la prestation de services [5].

## La prestation différenciée des TAR est une composante de la prise en charge différenciée du VIH

La prise en charge différenciée s'applique à tout le continuum des soins contre le VIH, de la prévention à la suppression virale, et aux trois objectifs 90-90-90 (90% des PVVIH doivent connaître leur statut ; 90% des personnes qui connaissent leur statut doivent être sous TAR ; et 90% des personnes sous traitement doivent être en état de suppression virale) [6].

La prestation différenciée des TAR est une composante de la prise en charge différenciée (Figure 1). Les principes de la prise en charge différenciée sont présentés dans le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* dans le contexte de la prestation des TAR.

Figure 1 : La prise en charge différenciée s'applique à tout le continuum des soins contre le VIH



# GROS PLAN SUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* met l'accent sur les enfants, les adolescents et les FEA qui sont sous traitement et cliniquement stables, et présente des modèles de prestation des TAR adaptés à leurs besoins. Bien que les principes de prise en charge différenciée s'appliquent à toute la cascade du VIH et s'étende à d'autres maladies (Figure 1), il existe une forte dynamique, des orientations politiques et des arguments justifiant l'intensification de la mise en œuvre de la prestation différenciée de TAR pour les clients cliniquement stables. Alors que les cohortes de patients sous traitement antirétroviral ont évolué, un nombre croissant d'enfants, d'adolescents et de FEA participant aux programmes de traitement sont en état de suppression virale et ne nécessitent pas un suivi clinique et de laboratoire fréquent.

L'harmonisation entre le modèle de prestation de services des parents ou des aidants et celui de leurs enfants permettra, par exemple, de réduire le fardeau de la mère qui doit se rendre à la clinique séparément pour ses propres soins et ceux de son enfant. La révision des modèles de prestation des TAR pour les populations cliniquement stables permettra d'améliorer leur rétention et leur suppression virale. Comme souligné dans la préface, le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* s'appuie sur et étoffe le *Cadre Décisionnel* de 2016 [4] qui mettait l'accent sur les adultes. Des versions complémentaires de ce document visant d'autres parties de la cascade du traitement (par ex. le dépistage et le lien avec les soins) et d'autres populations spécifiques (par ex. populations clés) seront élaborées.

## POURQUOI DOIT-ON DIFFÉRENCIER LA PRESTATION DES TAR POUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES ?

### 1. Pour améliorer la qualité de vie des clients

Avant tout, la prestation différenciée des TAR peut améliorer la qualité des soins et l'accès au traitement pour les enfants, les adolescents et les FEA vivant avec le VIH. Elle peut aider à atteindre plus efficacement les populations mal desservies et à résoudre les problèmes associés à la stigmatisation et à la discrimination auxquels de nombreuses personnes sont confrontées lorsqu'elles accèdent aux services liés au VIH. La prestation différenciée des TAR répond aux besoins des PVVIH et contribue souvent à la hausse des niveaux d'observance, de satisfaction et d'autonomisation des clients [12].

### 2. Pour améliorer l'efficacité et les résultats des systèmes de santé

Bien qu'il soit essentiel d'aider les clients à démarrer le TAR, cela ne suffit pas – la rétention des soins et l'observance de traitements efficaces à long terme sont aussi nécessaires pour parvenir à un état de suppression virale. Les données sur la rétention recueillies après de nombreux pays montrent que les programmes TAR à l'échelle mondiale rencontrent de grandes difficultés pour maintenir les clients en état de suppression virale [14] sous traitement [13], notamment les enfants, les adolescents et les femmes qui allaitent [15-17]. Les données issues d'endroits où une prestation différenciée de TAR a été adoptée montrent que de telles interventions peuvent contribuer à améliorer la rétention et l'observance et à atteindre les deuxième et troisième « 90 » décrits dans les cibles mondiales du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) (Figure 1).

### 3. Pour tirer parti d'une approche axée sur la famille

La prise en charge liée au VIH inclut souvent plusieurs membres de la famille ; les avantages procurés par l'accès à une prestation

différenciée des TAR sont optimisés lorsqu'elle est appliquée à tous les membres de la famille. Cela veut dire permettre l'accès à des modèles de prestation différenciée des TAR identiques ou harmonisés. Par exemple, ce n'est qu'en permettant aux enfants cliniquement stables d'accéder à leur renouvellement par l'intermédiaire du même modèle de prise en charge que celui de leurs aidants que nous arriverons à réaliser pleinement le potentiel d'efficacité de la prestation différenciée des TAR.

### 4. Pour continuer à soutenir l'initiative « traiter tout le monde »

À travers le monde, 37 millions de personnes vivent avec le VIH et 18.2 millions sont sous traitement antirétroviral ; parmi elles, on estime qu'il y aurait 1.8 million d'enfants (<15 ans) [1, 18]. Avec la mise en œuvre de la recommandation 2015 de l'OMS visant à traiter toutes les personnes séropositives avec des TAR [19], les systèmes de santé déjà soumis à une pression extrême en raison du manque de ressources financières et humaines devront revoir la manière de dispenser les TAR.

### 5. Pour atteindre l'objectif 90-90-90

Bien qu'il y ait 18.2 millions de personnes sous traitement, la couverture thérapeutique est toujours inférieure à 50%, avec 46% d'adultes et 49% d'enfants séropositifs ayant accès aux TAR [1, 20]. Les clients qui ne sont pas actuellement sous traitement doivent accéder aux TAR dans le cadre d'un modèle de prestation de services qui répond à leurs besoins et à leurs attentes, et le système de soins de santé doit trouver des moyens d'accommoder deux fois plus de clients sous traitement. Comme le soulignent les dernières lignes directrices [5] et Considérations clés [3] de l'OMS, différents programmes de soins sont essentiels pour répondre à la diversité de ces besoins.

# QUELS SONT LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PRISE EN CHARGE DIFFÉRENCIÉE ?

## Prise en charge axée sur les clients

L'un des principes de base de la différenciation de la prise en charge consiste à proposer des TAR d'une manière qui tient compte des obstacles spécifiques identifiés par les clients et qui leur donne les moyens de gérer leur maladie avec l'aide du système de santé. L'OMS souligne la nécessité d'une prise en charge axée sur le client en vue d'améliorer la qualité des services de prise en charge du VIH (Encadré 1) [5].

À ce jour, la plupart des services associés aux TAR sont des services autonomes verticaux. Cependant, compte tenu de la cohorte de clients croissante et vieillissante, une approche de la prestation de services répondant aux besoins des différents groupes de PVVIH doit être adoptée pour que les clients puissent parvenir à un état de suppression virale prolongé. Par exemple, les femmes qui allaitent pourraient préférer accéder à des soins maternels liés au VIH et de suivi du nourrisson, alors que les adolescents pourraient préférer des services relatifs à la santé sexuelle et reproductive (SSR).

## Efficacité des systèmes de santé

La population des PVVIH ayant des besoins de plus en plus diversifiés, on reconnaît désormais que les systèmes de santé devront changer leur approche « uniforme » [2].

La prise en charge différenciée plaide en faveur d'un transfert des ressources vers les clients qui en ont le plus besoin, en encourageant les clients séropositifs cliniquement stables à réduire la fréquence et l'intensité de leurs interactions avec le système de santé.

### Lignes Directrices de l'OMS

#### Encadré 1 : Recommandations relatives à la prise en charge axée sur les clients [5]

« Les programmes VIH devraient : offrir une prise en charge axée et organisée autour des besoins de santé, des préférences et des attentes des personnes et des communautés, qui défend la dignité et le respect de l'individu, notamment pour les populations vulnérables, et qui encourage et aide les individus et les familles à jouer un rôle actif dans leur prise en charge à travers une prise de décision éclairée. »

# QUELS SONT LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PRISE EN CHARGE DIFFÉRENCIÉE POUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES ?

## Une approche axée sur la famille

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* vise à mettre en évidence la manière dont les modèles de prestation des TAR peuvent adopter une approche axée sur la famille lorsqu'il s'agit de la prise en charge des enfants et de leurs parents ou aidants [7]. De plus en plus de voix s'élèvent pour demander une harmonisation des politiques et modèles de prestation de services pour les enfants et leurs parents ou aidants [8] ; cette harmonisation pourrait améliorer l'ensemble de la cascade clinique familiale [9]. On reconnaît aujourd'hui qu'il existe des familles élargies ainsi que différents types de famille. Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* donne des exemples de pratiques exemplaires qui tiennent compte des besoins des membres de la famille en vue de consolider la prise en charge, réduisant ainsi le fardeau pour les clients et le système de soins de santé. Les membres de la famille sont interdépendants et par conséquent, un changement de prise en charge d'un membre peut entraîner des difficultés ou créer des opportunités pour un autre membre [10, 11].

## Intégration des services

L'intégration des services est un principe fondamental de la prise en charge différenciée du VIH, notamment pour les populations

spécifiques. Avec le partage des tâches et la décentralisation, l'intégration de la prise en charge du VIH à d'autres services de santé est une recommandation de l'OMS visant à renforcer le continuum du traitement et de la prise en charge [5]. L'intégration est reconnue comme étant essentielle pour procurer des avantages aux mères et à leurs nourrissons, et il est recommandé de combiner les services VIH aux adolescents avec « des services complets visant à répondre à [leurs] multiples besoins, notamment en matière de soutien psychosocial et de santé sexuelle et reproductive ».

## Encourager et tirer parti du soutien psychosocial

L'importance du soutien psychosocial pour toutes les PVVIH, y compris le soutien apporté par les communautés et les pairs, revêt une importance particulière pour ces populations spécifiques [3]. Beaucoup d'établissements et de communautés organisent des groupes de soutien pour les aidants, les adolescents et les FEA sous la houlette d'organisations communautaires (OC), ou possèdent des programmes destinés aux orphelins ou aux enfants vulnérables. Ces groupes pourraient être mis à profit et inclure la distribution des renouvellements des TAR (voir page 21).

Bien que le counseling individuel sur l'observance thérapeutique soit une partie importante à la fois de l'initiation des TAR et de l'ensemble des soins pour les clients cliniquement instables, les clients cliniquement stables n'ont pas nécessairement besoin d'un counseling continu sur l'observance qui représente un fardeau excessif pour les clients, les prestataires et le système de soins

de santé. Par conséquent, le type et la fréquence du soutien psychosocial devraient être appropriés aux besoins du client. Tous comme les PVVIH qui peuvent accéder à des services en dehors des visites prévues dans le cadre de modèles de prestation différenciée des TAR, les clients devraient pouvoir accéder de la même façon à un soutien psychosocial à la fréquence souhaitée.

## CRITÈRES DÉFINISSANT UN CLIENT CLINIQUEMENT STABLE

### Critères définissant un client « stable »

Pour donner aux clients cliniquement stables accès à une prestation différenciée des TAR, il faut d'abord déterminer les critères permettant d'identifier les personnes considérées comme « stables ». La plupart des définitions de « stable » incluent une durée minimale sous traitement et une mesure de l'observance ou du succès thérapeutique. L'Encadré 2 énonce les critères des clients cliniquement stables tirés des Considérations clés. Les Considérations clés suggèrent avant tout que les critères devraient s'aligner sur ceux définis pour les adultes en vue de simplifier la mise en œuvre pour les populations spécifiques.

### Orientation vers un soutien clinique accru

De la même manière que des critères doivent être établis pour que les clients cliniquement stables puissent accéder à une prestation différenciée des TAR, des critères doivent être déterminés pour orienter un client d'un modèle de prestation différenciée des TAR vers une prise en charge intensifiée. Les Considérations clés recommandent les mêmes critères pour toutes les populations spécifiques (Encadré 3) [3]. Lorsque les modèles de prestation différenciée des TAR ont débuté, il était commun d'orienter les clients qui n'adhéraient pas bien au traitement vers des soins courants prodigués par un clinicien, en dehors de leur modèle de prestation différenciée des TAR. Étant donné que les modèles ont évolué pour inclure des populations spécifiques, telles que les adolescents, **les clients qui présentent une « instabilité » (telle qu'un rebond viral) peuvent désormais rester dans leur modèle de prestation différenciée des TAR en bénéficiant de consultations cliniques supplémentaires** et/ou de counseling individuel sur l'observance pendant une période donnée en vue de revenir à un état de suppression.

**« En tant que mère célibataire avec quatre enfants qui dépendent de moi pour subvenir à leurs besoins, cela me coûte cher de venir chercher mes renouvellements de TAR. »**

– Femme vivant avec le VIH, Tanzanie

### Considérations Clés

#### Encadré 3 : Critères d'orientation vers des services intensifiés [3]

- Une maladie intercurrente aiguë nécessitant une gestion clinique plus fréquente, y compris, entre autres, le développement d'une comorbidité ou d'une infection, une maladie mentale, une réaction indésirable à un médicament, ou une malnutrition chez l'enfant ;
- Une charge virale >1000 copies/ml ;
- Des problèmes psychosociaux ou des troubles mentaux nécessitant un soutien ou une gestion plus intense ; et
- Une consommation ou une dépendance nocives aux drogues ou à l'alcool, telles que définies dans la CIM-10 ou d'autres critères diagnostiques et qui affectent l'observance aux TAR.

Cela fait maintenant longtemps que nous sommes tous les deux sous traitement et pourtant, nous devons venir à des jours différents pour recevoir notre traitement antirétroviral.



Découvrez l'histoire de **Miriam et de son fils, Joe**, page 20

## Considérations Clés

### Encadré 2 : Critères définissant les clients cliniquement stables [3]

Critères identiques à ceux pour les adultes : sous TAR depuis au moins un an, pas de réaction indésirable au médicament nécessitant un suivi régulier, pas de maladies actuelles (y compris des conditions telles que la malnutrition chez l'enfant, des troubles mentaux ou une dépression postpartum), une bonne compréhension de l'observance à vie et des éléments probant de la réussite du traitement (deux mesures consécutives d'une charge virale inférieure à 1000 copies/ml, augmentation du nombre de cellules CD4 ou taux de CD4 supérieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup>).

#### Critères supplémentaires pour les populations spécifiques

**Enfants :** doivent avoir au moins deux ans, suivre le même régime depuis plus de trois mois et les aidants doivent être conseillés et orientés sur le processus de divulgation.

**Adolescents :** doivent avoir accès à un soutien psychosocial.

#### Femmes enceintes :

##### Cliniquement stables, sous TAR lors de la conception :

doivent déjà accéder à un modèle de prestation différenciée des TAR plus au moins 1 CV < 1000 copies/ml au cours des 3 derniers mois et doivent avoir accès à des soins prénatals.

**Sous TAR depuis la grossesse :** étant donné qu'une femme qui commence le traitement pendant la grossesse pourrait uniquement prétendre à une prestation différenciée des TAR dans la période postpartum, la séronégativité de son nourrisson, avec un test d'acide nucléique (NAT) à six semaines et une preuve d'accès à des soins de suivi du nourrisson, doit aussi être établie.

## QUATRE MODÈLES GÉNÉRAUX DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

Compte tenu du développement des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à ressources limitées, le nombre d'établissements proposant des soins a considérablement augmenté. En plus de cette décentralisation, la prestation des TAR a de plus en plus recours à la délégation de tâches. Les innovations plus récentes en matière de prestation des TAR, ou les modèles différenciés de prestation de TAR pour les clients cliniquement stables, peuvent se décliner en quatre modèles :

- Dans **les modèles de groupes gérés par les agents de santé**, les clients reçoivent leurs renouvellements de TAR dans un groupe qui est géré soit par un professionnel, soit par un agent de santé non-professionnel (par ex. des clubs familiaux, de jeunes et postnatals en Afrique du Sud, page 40). Les groupes gérés par des agents de santé se réunissent à l'intérieur et/ou à l'extérieur des établissements de santé.
- Dans **les modèles de groupes gérés par les clients**, les clients reçoivent leurs renouvellements de TAR dans un groupe qui est géré et dirigé par les clients eux-mêmes (par ex. les groupes communautaires des TAR, ou GCT, qui intègrent les adolescents de plus de 15 ans au Mozambique, ou les groupes familiaux de renouvellement des TAR au Zimbabwe, page 31). Les groupes gérés par les clients se réunissent en général en dehors des établissements de santé.
- Dans **les modèles individuels axés sur la famille**, les visites pour les renouvellements de traitements et/ou les visites psychosociales ont été séparées des consultations cliniques. Idéalement, lorsque les clients viennent chercher leur renouvellement de traitement, ils contournent le personnel clinique ou d'aide à l'observance et vont directement chercher leurs médicaments (par ex. le programme de visites pédiatriques accélérées « Standardized Pediatric Expedited Encounters for ART Drugs Initiative » (SPEEDI) en

Tanzanie, page 17). Les services peuvent être dispensés à une population spécifique à une heure et dans un lieu appropriés (par ex. les clubs d'adolescents au Malawi, page 25).

- Dans **les modèles individuels hors établissement**, les renouvellements des TAR et, dans certains cas, les consultations cliniques pour les individus sont effectués en dehors des établissements de soins de santé (par ex. TAR communautaires, ou C-BART, services mobiles de proximité, qui incluent les enfants, les adolescents et les FEA dans les zones éloignées de la Namibie, page 17). Ces modèles proposent des pharmacies communautaires, des modèles de services de proximité et des prestations à domicile.



Je ne sais pas comment nous faisons pour concilier les visites à la clinique pour notre bébé et les visites pour nos TAR.

Découvrez l'histoire de **John, de Nadia et de leur fils, Noah**, page 20

A close-up photograph of a woman with dark hair tied back, wearing a purple short-sleeved shirt. She is holding a baby wrapped in a vibrant red cloth with yellow and white patterns. The woman is looking down at the baby with a gentle expression. The background is dark and out of focus.

PARTIE 2

# L'APPROCHE EN 5 ÉTAPES DE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

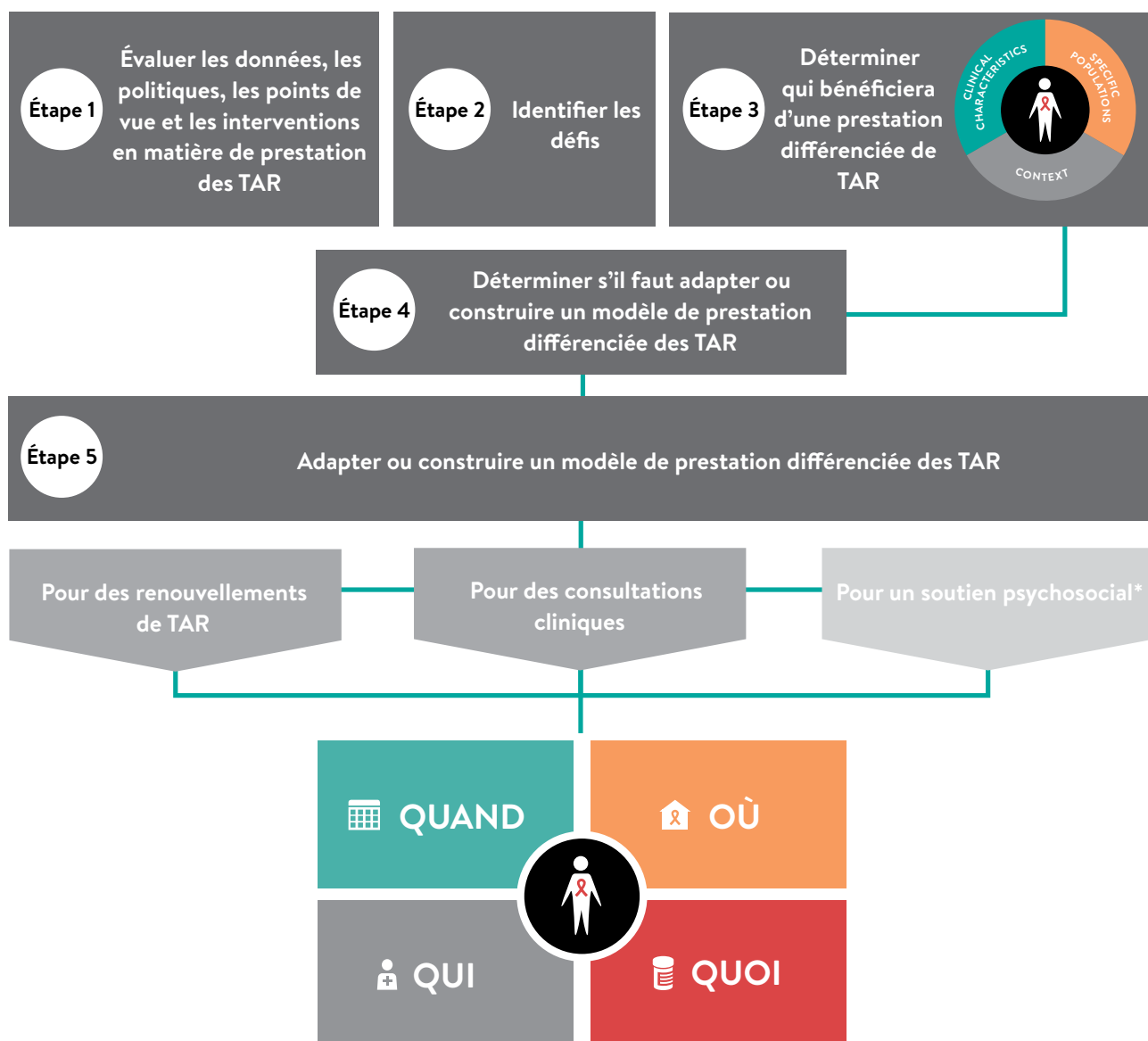


# APPROCHE EN 5 ÉTAPES DE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

L'élaboration de modèles de prestation différenciée des TAR pour les enfants, les adolescents et les FEA et leurs nourrissons peut nécessiter des décisions prises à l'échelle nationale et locale. Par exemple, ce qui peut fonctionner dans un environnement urbain peut ne pas convenir dans un environnement rural, et inversement. Une orientation politique devrait être élaborée à l'échelle nationale puis adoptée à l'échelle infranationale. Les décisions concernant le ou les modèles les plus appropriés devraient reposer sur le contexte et être prises au niveau de l'établissement pour garantir une appropriation à la fois par les clients et les agents de santé.

Cette approche en 5 étapes aide les ministères de la santé à planifier la différenciation de la prestation des TAR pour les populations spécifiques (Figure 2). Cependant, ce processus en 5 étapes peut aussi être mis en place simultanément pour toutes les populations (par ex. les adultes, les populations clés). Un certain nombre d'annexes, élaborées en appui de ce processus, peuvent être téléchargées sur [www.differentiatedcare.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes](http://www.differentiatedcare.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes) ou <http://bit.ly/2sVehV5>. Voir Annexe 1 (page 39) pour consulter la liste complète des annexes disponibles en ligne.

**Figure 2 : Approche en 5 étapes de la prestation différenciée des TAR pour les populations spécifiques**



\*Un nouvel ensemble de « composantes de base psychosociales » est inclus dans la *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques*. Le soutien psychosocial, tel que les environnements de pairs, peut améliorer l'observance à long terme des clients stables mais ne devrait pas entraver la mise en œuvre de la prestation différenciée des TAR.

# ÉTAPE 1 – ÉVALUER LES DONNÉES, LES POLITIQUES, LES POINTS DE VUE ET LES INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE PRESTATION DES TAR

Il est important de comprendre les résultats pour les enfants, les adolescents et les FEA, ainsi que les politiques en vigueur qui appuient ou entravent la différenciation de la prestation de services pour ces populations spécifiques, et la façon dont les TAR sont actuellement dispensés. Vous pouvez consulter un exemple de sondage visant à répertorier des exemples de prise en charge différenciée au niveau national (Annexe en ligne 1) ainsi que les outils utilisés pour réaliser ce sondage, sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

## (a) Évaluer les données

Les données de suivi et d'évaluation (S&E) systématiques sur la rétention et la suppression virale permettent d'identifier les difficultés au niveau de l'établissement. Cette liste de contrôle (Annexe en ligne 2) peut être consultée sur <http://bit.ly/2sVehV5>. Les données pertinentes incluent le nombre d'enfants, d'adolescents et de FEA qui sont sous traitement antirétroviral dans chaque établissement, les données disponibles sur la suppression virale, et les données sur la rétention pour ces populations spécifiques. Il est aussi important de savoir si les établissements possèdent un système de rendez-vous et de suivi, si des jours spécifiques sont réservés à la prise en charge des enfants, des adolescents ou des FEA, et quel service est responsable de cette prise en charge (par ex. le service prénatal, le service de santé maternelle et infantile, le service VIH).

La ventilation des résultats par populations s'avère difficile en raison de la mauvaise qualité et du nombre insuffisant de données. Les données de routine de qualité ne sont pas uniquement importantes pour l'évaluation de la prestation différenciée des TAR. Lorsque les données nécessaires sont disponibles, il est plus probable qu'elles seront diffusées aux départements nationaux et que les conclusions seront partagées avec l'ensemble des parties prenantes.

## (b) Évaluer les politiques

Les politiques nationales devraient être comparées aux recommandations en vigueur de l'OMS en matière de prestation de services [5] et aux Considérations clés [3]. Les politiques devraient être révisées en vue d'assurer leur harmonisation avec les composantes de base (voir Partie 5, page 23 pour plus de détails) et d'encourager la prestation différenciée des TAR en général. Un modèle d'évaluation des politiques en vigueur (Annexe en ligne 3) visant à différencier la prestation des TAR pour les populations spécifiques est disponible en ligne sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

## (c) Évaluer les modèles en vigueur de prestation de TAR

Il est recommandé de procéder à un état des lieux initial de la prestation différenciée des TAR pour déterminer les modèles actuellement mis en œuvre dans le pays ainsi que leur couverture (quelle proportion d'établissements de santé offre ce modèle). Cet état des lieux devrait être effectué non seulement pour les populations spécifiques, mais aussi pour les populations adultes stables en vue d'adapter le modèle aux populations spécifiques. Au niveau du district, des données décrivant la prestation de services sur la base des éléments (Partie 3, page 13) et des composantes de base (Partie 5, page 23), devraient être recueillies dans chaque endroit. Des exemples de prestation différenciée de TAR décrits dans divers documents sont résumés dans les Parties 3 et 5. Cet état des lieux peut être réalisé par l'intermédiaire d'une étude des documents publiés et des rapports d'activité locaux, nationaux et des partenaires, en combinaison avec un sondage réalisé auprès des coordinateurs TAR de district et des partenaires de mise en œuvre, et des visites de terrain.

À l'aide des éléments et des composantes de base, déterminez la manière dont les TAR sont actuellement dispensés dans chaque site TAR dans le cadre des visites cliniques, des RDV de renouvellement de traitement et des interventions psychosociales. Pour réaliser cette évaluation, vous pouvez utiliser le modèle de liste de contrôle joint consultable en ligne (Annexe 2) sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

## (d) Évaluer les points de vue des PVVIH et des agents de santé

La prise en charge différenciée est foncièrement axée sur le client. Il est essentiel de parler avec les PVVIH de leurs besoins et de leurs attentes pour veiller à ce que les modèles de prestation de services soient conçus de manière appropriée. Les données sur les points de vue des PVVIH peuvent être obtenues par l'intermédiaire d'enquêtes de sortie de clinique, de discussions de groupes et/ou d'entretiens. Il est important que les clients s'impliquent et qu'ils participent activement à la planification, à la distribution et au suivi de la prestation différenciée des TAR (Voir étude de cas 1). Les agents de santé, y compris les prestataires non-professionnels et le personnel clinique, devraient être consultés. Le modèle de questionnaire (Annexe 4) disponible en ligne sur <http://bit.ly/2sVehV5> peut être utilisé pour évaluer les points de vue des PVVIH et les agents de santé.

**« J'aimerais recevoir des soins et un traitement de la part d'une personne qui a le même statut VIH que moi, parce qu'en étant dans la même situation, elle ne me maltraiterait pas. »**

– Jeune personne vivant avec le VIH, Tanzanie

## (e) Évaluer les interventions de soutien par les pairs et les ressources humaines disponibles pour les enfants, les adolescents ou les FEA

Habituellement, il existe des interventions de soutien psychosocial en place pour ces populations spécifiques, telles que des groupes de soutien dans les communautés ou les établissements. Il est important de répertorier ces interventions car elles peuvent être adaptées pour inclure la prestation des TAR (voir page 21). Par exemple, de nombreuses cliniques sont dotées de programmes de mères mentors destinés aux nouvelles mères qui peuvent être mis à profit pour inclure la distribution des renouvellements de TAR. D'autres programmes axés sur la santé maternelle et infantile (par ex. les programmes d'aide nutritionnelle et les programmes destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables) pourraient aussi être adaptés pour inclure la prestation de services aux PVVIH. De nombreux modèles de prestation différenciée des TAR sont rendus possibles grâce à des prestataires non-professionnels qui, dans le cadre de modèles destinés aux populations spécifiques, participent peut-être déjà à des activités telles que le counseling sur la divulgation. Il est important d'évaluer la disponibilité et la formation des prestataires non-professionnels, y compris les agents de santé communautaires.

Étude de cas 1 :

### Renforcement des moyens d'action des populations clés jeunes à travers la formation sur le plaidoyer et la communication en Asie-Pacifique

Pour promouvoir la participation significative des populations clés jeunes dans la réponse au VIH, YouthLEAD, un réseau de populations clés jeunes et pour les populations clés jeunes les plus touchées par le VIH, a élaboré le cours de leadership NewGen Asia. Après la phase de pilotage et la formation des formateurs, NewGen a été adapté et inclus dans les formations nationales à Myanmar, aux Philippines et en Indonésie. Le renforcement des compétences des jeunes populations clés en matière de plaidoyer et de communication leur a permis de mieux s'impliquer dans la riposte au VIH [21].



Je pourrais aller chercher le traitement pour mes clients à la clinique et leur donner dans le groupe de soutien que je dirige à l'église, le samedi.



Les clients qui vont à la clinique VIH collectent rapidement leur TAR préemballé auprès du conseiller. Je veux la même chose à la clinique pour bébés.



Ma mère m'a expliqué que nous étions tous les deux porteurs du VIH et pourquoi je vais à l'hôpital pour voir l'infirmière spéciale pour les enfants. Je n'ai pas peur parce que je suis en bonne santé et fort. Je lui rappelle tous les jours que nous devons prendre nos comprimés.

## ÉTAPE 2 – IDENTIFIER LES DÉFIS POUR LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LES FEA

Après l'Étape 1, les défis susceptibles d'être surmontés grâce à la prestation différenciée des TAR doivent être identifiés. À ce stade, il est important d'organiser un atelier et de mobiliser les parties prenantes clés du système de santé et des réseaux des PVVIH pour atteindre les objectifs suivants :

- Sensibiliser les coordinateurs TAR et les partenaires de mise en œuvre au contexte et aux principes fondamentaux de la prestation différenciée de TAR et à sa pertinence pour les populations spécifiques.
- Donner la possibilité aux parties prenantes de présenter des exemples réels de prise en charge différenciée mis en œuvre pour les adultes et les populations spécifiques (le cas échéant) dans leurs environnements, notamment les interventions psychosociales destinées aux populations spécifiques.
- Présenter les résultats de l'étude documentaire sur les populations spécifiques réalisée à l'échelle nationale.
- Résumer les conclusions des consultations avec les aidants d'enfants, les adolescents et les FEA vivant avec le VIH, et les agents de santé.
- Faire participer les parties prenantes à l'élaboration d'un plan d'analyse de la situation au niveau local/de district.

Comme indiqué à la page 7, cet atelier pourrait être limité aux populations spécifiques ou s'inscrire dans le cadre d'un atelier plus vaste sur la prise en charge différenciée pour toutes les populations.

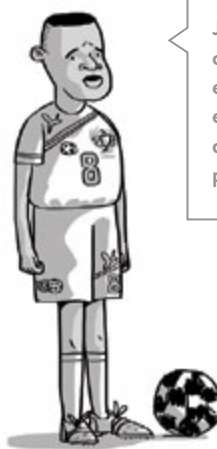
**« Pour les élèves pensionnaires, il est difficile de quitter l'école tous les mois pour aller chercher les TAR à la clinique. Nous sommes aussi victimes de stigmatisation de la part des autres élèves dès lors qu'ils découvrent que nous sommes séropositifs. »**

– Jeune personne vivant avec le VIH, Tanzanie

## ÉTAPE 3 – DÉTERMINER LA/LAS POPULATION(S) POUR LAQUELLE/LESQUELLES LA PRESTATION DE TAR SERA DIFFÉRENCIÉE

Maintenant que vous avez une bonne compréhension des programmes et des politiques de prestation actuellement en place, vous pouvez passer à l'étape qui consiste à établir l'ordre de priorité de la prestation différenciée des TAR pour une ou plusieurs populations spécifiques.

En vous appuyant sur les commentaires des PVVIH sur les programmes, et sur les politiques en place, vous pouvez identifier les défis auxquels sont confrontés les clients et le système de santé. Une fois ces défis identifiés, vous pouvez déterminer quelles populations spécifiques bénéficieront en priorité d'une prestation différenciée de TAR. En utilisant les trois éléments décrits dans la Partie 3 (page 13), déterminez les caractéristiques cliniques, la population spécifique (enfants, adolescents ou FEA) et le contexte. Vous devez aussi déterminer qui peut prétendre à un modèle de prestation différenciée des TAR et quels sont les critères permettant au prestataire de services d'orienter un client vers des soins intensifiés au sein du modèle de prestation différenciée des TAR (page 4).



Je dois me rendre à la clinique tous les mois – et je déteste ça. C'est ennuyeux ! Il n'y a pas d'autre enfant là-bas pour jouer avec moi.

**« Pour éviter d'être [identifié], je suis obligé de me rendre dans des centres éloignés pour recevoir les services, et parfois, je n'ai pas assez d'argent pour le ticket de bus. »**

– Un adolescent ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

## ÉTAPE 4 – DÉTERMINER S'IL FAUT ADAPTER UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR EXISTANT OU CONSTRUIRE UN NOUVEAU MODÈLE

Il se peut que votre district ait déjà mis en œuvre un ou plusieurs modèles de prestation différenciée des TAR pour des adultes stables. Si c'est le cas, avant de construire un nouveau modèle de prestation des TAR pour les enfants, adolescents ou FEA, déterminez s'il est possible d'adapter un modèle déjà en place aux besoins de la population spécifique. **Lorsqu'un modèle est déjà compris, mis en œuvre et opérationnel au sein du système de santé, il est plus facile de procéder à des adaptations mineures que de mettre en œuvre un nouveau modèle.** Par exemple, le modèle de club d'observance (CO) dans la province du Western Cape, en Afrique du Sud, a été adapté aux populations spécifiques (voir page 40 et Annexe 2).

Il se peut que votre district ou certains de vos établissements proposent déjà des interventions de soutien par les pairs, telles que des groupes de soutien pour les enfants et leurs aidants, les adolescents ou les FEA.

Étant entendu que des environnements de pairs procurent un soutien psychosocial à long terme important et des avantages en termes d'observance [22], déterminez si les interventions qui sont déjà en place pourraient être adaptées dans un modèle de prestation différenciée des TAR et inclure la distribution des TAR. Par exemple, l'intervention des « Community Adolescent Treatment Supporters (CATS) » (groupe de soutien communautaire pour les adolescents) au Zimbabwe a été adaptée en vue d'utiliser le soutien par les pairs pour les adolescents au sein de leurs groupes de renouvellement des TAR (Voir page 21 et Annexe 3).

La Partie 4 (page 18) vous aidera à choisir entre adapter ou construire.

**“Je veux me rendre à la clinique tous les mois pour voir mes progrès, comment je m'en sors, et pour parler à l'infirmière.”**

– Jeune personne vivant avec le VIH, Afrique du Sud

## ÉTAPE 5 – ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

Vous pouvez adapter ou construire un modèle de prestation différenciée des TAR reposant sur vos données et politiques en utilisant une approche axée sur les composantes de base, à savoir le « quand » (fréquence des services), le « où » (emplacement des services), le « qui » (prestataire de services) et le « quoi » (programme de soins) pour les renouvellements des TAR, les consultations cliniques et le soutien psychosocial.

À l'issue de ce processus en 5 étapes, il faudra discuter de la mécanique spécifique du modèle au niveau du district et/ou de l'établissement (par ex. l'approvisionnement en médicaments, l'affectation des ressources humaines, les adaptations pertinentes des documents de S&E). Consultez le site <http://bit.ly/2sVehV5> et téléchargez l'Annexe en ligne 6 qui décrit brièvement le « comment », ou la mécanique du modèle, après avoir choisi un modèle de prestation différenciée des TAR. Un plan de mise en œuvre et d'évaluation de l'impact du modèle devra être clairement défini. Les résultats devront être intégrés dans les activités d'amélioration de la qualité mises en œuvre pour le site.



Ma petite fille est en bonne santé, elle grandit si vite et n'arrête pas de parler. On n'a dû augmenter son dosage qu'une seule fois au cours de l'année passée. Pourquoi l'infirmière a-t-elle besoin de la voir si souvent ?



PARTIE 3

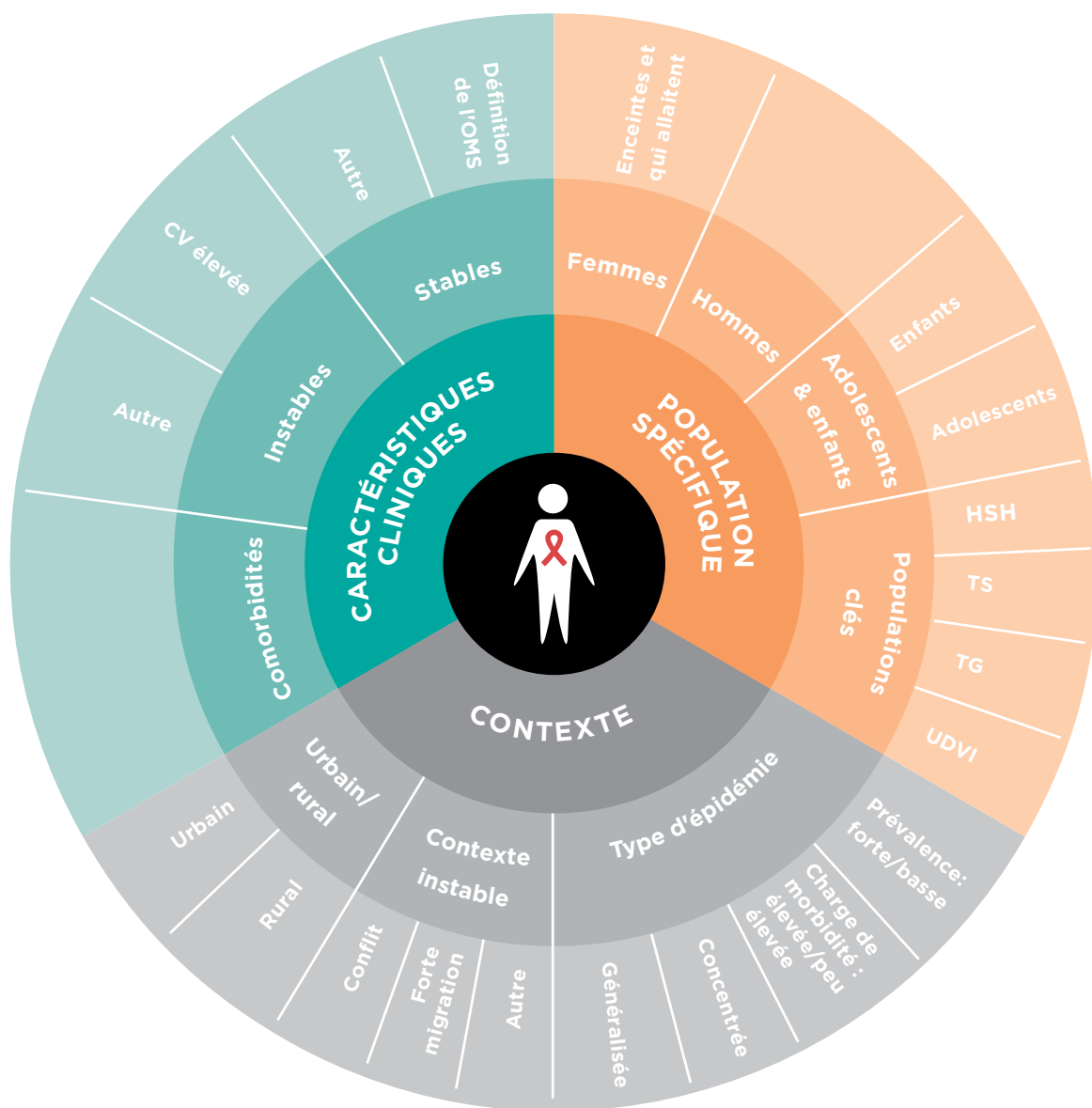
# QUELS SONT LES 3 ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ?

# LES TROIS ÉLÉMENTS

Afin de proposer une prise en charge axée sur les clients, vous devez tenir compte des caractéristiques cliniques, de la ou des populations spécifiques et du contexte de vos clients (Figure 3). Cela vous permettra d'adapter ou de construire des modèles appropriés de prestation des TAR en utilisant les composantes de base décrites dans la Partie 5. Dans cette partie, nous

abordons chacun de ces groupes de populations spécifiques (c.-à-d. les enfants, les adolescents ou les FEA), ainsi que leurs caractéristiques cliniques et leurs contextes, tels qu'illustrés dans la Figure 3. Chacun des trois éléments est brièvement décrit et des études de cas pertinentes sont également présentées dans cette section.

Figure 3: Les trois éléments



## COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ?

Comme indiqué dans la Partie 1, une approche de prise en charge différenciée propose une prise en charge sensible aux besoins des PVVIH. Par conséquent, si un client est cliniquement instable, il peut nécessiter un niveau accru de suivi et de soutien. Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* met l'accent sur l'adaptation ou la construction de modèles destinés aux enfants, aux adolescents ou aux FEA cliniquement stables. Voir page 4 pour de plus de renseignements sur les critères de définition des clients cliniquement stables.

Sur la base des caractéristiques cliniques, les clients peuvent être définis comme stables, instables et/ou souffrant de comorbidités ou de co-infections (Figure 3). Un client peut être qualifié de cliniquement stable s'il est en bonne santé, sous traitement depuis une période donnée et en état de suppression virale. Les clients instables peuvent avoir une charge virale élevée ou présenter d'autres caractéristiques, telles qu'une malnutrition chez l'enfant ou une dépression chez l'adolescent.

On devrait envisager d'inclure certaines populations spécifiques dans des modèles normalement réservés à des clients stables, même si elles ne répondent pas encore à tous les critères de stabilité. Par exemple, il serait profitable pour les adolescents de participer à un groupe géré par un agent de santé dès l'initiation du traitement. En rejoignant le groupe, ils auront un accès immédiat à un environnement de pairs au sein duquel ils peuvent discuter de ce qui les préoccupe avec d'autres adolescents qui sont sous traitement depuis plus longtemps, qui ont atteint un état de suppression virale et qui peuvent déjà prétendre à des renouvellements de TAR plus longs. Pour répondre à leurs besoins cliniques, ils pourraient nécessiter des consultations cliniques plus fréquentes en plus de participer au groupe. Il existe des exemples de modèles de prestation de services aux adolescents qui incluent des adolescents dès le diagnostic ou l'initiation du traitement ou

qui les gardent pendant une période de rebond virologique (voir Étude de cas 2, clubs d'adolescents, dans l'Exemple 1, page 25, et les clubs de jeunes en Annexe 2, page 40).

Étude de cas 2 :

### Clubs d'adolescents accueillant aussi des adolescents instables au Swaziland [23]

Au Swaziland, les résultats concernant l'observance thérapeutique des adolescents étaient en baisse alors que le nombre de clients sous TAR augmentaient. Dans le cadre de tentatives précédentes visant à améliorer les résultats des adolescents, certains établissements avaient mis en place des groupes de soutien d'adolescents, qui étaient appréciés des adolescents et des agents de santé, et qui ont contribué à améliorer les résultats. Tous les adolescents conscients de leurs statut VIH et sous traitement étaient encouragés à rejoindre ce groupe. Sur la base de ce succès, des clubs d'adolescents ont été développés dans lesquels les clients cliniquement stables pouvaient avoir accès à des renouvellements de TAR. Les clubs d'adolescents ont lieu tous les mois dans l'établissement. Les adolescents stables reçoivent des renouvellements de TAR trimestriels dans le groupe, mais peuvent participer au groupe plus fréquemment s'ils le souhaitent. Les adolescents qui ne présentent pas de suppression virale ou qui connaissent un rebond viral font aussi partie de ces groupes mais reçoivent leur renouvellement de TAR tous les mois lorsqu'ils voient le clinicien après la réunion du club d'adolescents.

## COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DE LA POPULATION SPÉCIFIQUE ?

La prestation des TAR devraient être différenciée en fonction des défis de chaque population spécifique. Lors de la conception et de la mise en œuvre de la prestation différenciée des TAR, il convient de s'attacher particulièrement à trouver des solutions aux problèmes énoncés dans le Tableau 1, plutôt que de considérer ces défis comme des obstacles à la mise en œuvre.

Chacune de ces populations spécifiques (enfants, adolescents et femmes enceintes et qui allaitent) nécessitera un programme de soins de santé unique et complet pour surmonter ces besoins et défis particuliers.

Depuis que je propose une prise en charge du VIH et prénatale intégrée, un plus grand nombre de mes clientes présentent un état de suppression virale à l'accouchement, ce qui minimise le risque de transmission à leurs nourrissons.





**Tableau 1 : Problèmes et solutions potentielles offertes par la prestation différenciée des TAR**

| Problèmes   | Solutions potentielles offertes par la prestation différenciée des TAR  |
|---|---|
| <b>Enfants</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Période de croissance physique et de développement cognitif rapide ;</li> <li>• Nécessitent des ajustements posologiques ;</li> <li>• Dépendent d'aidants ;</li> <li>• Fréquentent une crèche/une école/un pensionnat ;</li> <li>• Transition vers l'adolescence.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité d'accompagnement des aidants et d'introduire des modèles de soutien par les pairs ;</li> <li>• Visites cliniques moins fréquentes et renouvellements de TAR plus longs après 2 ans d'âge lorsque les ajustements posologiques deviennent rares ;</li> <li>• Aligner les visites sur les vacances scolaires et les rendez-vous des aidants ;</li> <li>• Transition des soins pédiatriques vers les soins adolescents dans le cadre d'un groupe de prestation des TAR et de soutien psychosocial.</li> </ul>                             |
| <b>Adolescents</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Période de développement cognitif, social et sexuel rapide ;</li> <li>• Vont à l'école ;</li> <li>• Veulent être indépendants mais ont encore besoin d'un soutien des aidants ;</li> <li>• Besoins nouveaux et changeants en matière de SSR ;</li> <li>• Prévalence accrue de troubles mentaux ;</li> <li>• Transition vers le début de l'âge adulte.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité d'accompagnement par les pairs dans des modèles de groupe ;</li> <li>• Visites en dehors du temps scolaire pour favoriser à la fois la fréquentation scolaire et de la clinique ;</li> <li>• D'autres services liés aux besoins en matière de santé mentale et de SSR peuvent être incorporés ;</li> <li>• Transition des soins adolescents vers les soins adultes dans le cadre d'un groupe de prestation des TAR et de soutien psychosocial</li> </ul>   |
| <b>FEA et leurs nourrissons</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doivent s'adapter à des besoins cliniques supplémentaires liés à la grossesse ou à la période postnatale ;</li> <li>• Besoins liés au nourrisson exposé, notamment le suivi clinique du nourrisson ;</li> <li>• Augmentation de la fréquence des visites pendant et après la grossesse ;</li> <li>• Beaucoup de femmes diagnostiquées séropositives pendant la grossesse mais aussi nombre croissant de femmes déjà stables sous traitement lors de la conception</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aligner les visites cliniques des mères sur celles de leurs enfants ;</li> <li>• Intégration des soins de santé maternels, néonataux et infantiles (SMNI), notamment le dépistage des nourrissons exposés et des services maternels de prestation des TAR au sein du modèle ;</li> <li>• Accès à des modèles de prestation différenciée des TAR post-accouchement en cas de stabilité ;</li> <li>• Possibilité pour les femmes stables sous traitement dès la conception de rester dans leur modèle de prestation différenciée des TAR.</li> </ul> |

## Besoins de la cellule familiale

Il est important de noter que les enfants, les adolescents et les FEA appartiennent souvent à des cellules familiales interdépendantes. La planification des modèles de prestation différenciée des TAR doit tenir compte des répercussions sur les soins des membres de la famille et doit déterminer si la satisfaction des besoins d'un membre particulier de la famille pourrait entraîner des difficultés pour un autre membre. Par exemple, un père peut bénéficier d'un service de collecte rapide des renouvellements TAR le lundi, à la pharmacie de sa clinique, mais devoir aussi participer à la journée pédiatrique le mercredi pour accéder au renouvellement des TAR de son enfant.

## Besoins différents des femmes enceintes déjà stables sous traitement et de celles qui viennent de le commencer

Les femmes déjà stables et sous traitement, qui reçoivent des soins dans le cadre d'un modèle de prestation différenciée des TAR lorsqu'elles tombent enceintes peuvent rencontrer des difficultés différentes de celles qui viennent d'être diagnostiquées et qui ont commencé le traitement pendant leur grossesse. Ces distinctions pourraient justifier une autre différenciation entre ces deux groupes. Par exemple, les femmes déjà stables et sous traitement pourraient perdre l'accès à un modèle de prestation différenciée des TAR qu'elles apprécient pendant la grossesse et l'allaitement si les critères excluent les FEA, comme c'est le cas dans de nombreux endroits. Cette situation peut forcer une femme à cacher sa grossesse, ce qui aura un impact négatif sur ses besoins de santé maternelle. Inversement, les femmes qui ont commencé le traitement pendant la grossesse pourraient apprécier une approche de « guichet unique » qui leur permettrait d'être prises en charge par le service de SMNI.

### Étude de cas 3 :

## Centres d'accueil communautaires accueillant aussi des adolescents des populations clés au Pakistan

La Naz Male Health Alliance au Pakistan dirige 6 centres dans des « lieux stratégiques » fréquentés par des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et situés près de zones où vivent de nombreuses personnes transgenres, et notamment des adolescents issus de ces populations. Chaque centre offre à la fois des services cliniques et des activités de sensibilisation. Les centres sont établis pour chaque population clé pour mieux répondre aux différents besoins de chaque population spécifique. Chaque centre est doté d'un personnel multidisciplinaire, parmi lequel des cliniciens, ainsi que des membres de la communauté et des populations clés [21].

### Étude de cas 4 :

## Soins axés sur la famille pour les orphelins vivant avec le VIH en Haïti

Le groupe à but non lucratif, Caring for Haitian Orphans with AIDS (CHOAIDS) a élaboré un modèle détaillé axé sur la famille visant à améliorer la vie des orphelins vivant avec le VIH à Haïti. Les aidants séropositifs qui s'occupent des orphelins ont été recrutés grâce au bouche à oreille. Ils vivent ensemble avec les enfants dans des logements mis à disposition et le modèle inclut un accès à une bonne nutrition et à de l'eau potable. Les enfants comme les aidants reçoivent leur traitement et leurs soins VIH dans le même établissement [24].



J'adore mon travail d'accompagnateur pair. Je pourrais facilement distribuer les traitements à mes clients pour qu'ils n'aient pas à faire la queue à la pharmacie.



Ayant été séropositif une grande partie de ma vie, je me sens soutenu par la communauté d'où je viens. Ma séropositivité doit s'intégrer de façon harmonieuse dans ma vie.



Je suis sous traitement depuis 10 ans. Pourquoi dois-je aller chercher mon traitement tous les mois uniquement parce que je suis enceinte ?

**“J'aime aller chercher mes médicaments dans les clubs de prise en charge des jeunes. Avant, je devais faire la queue longtemps pour obtenir mes médicaments.”**

– Jeune personne vivant avec le VIH, Afrique du Sud

# COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DU CONTEXTE ?

La prévalence du VIH chez une population spécifique dans un environnement géographique donné (par ex. rural ou urbain) détermine la concentration de clients et devrait influencer le choix du modèle de prestation différenciée des TAR. Il est important de se rappeler que même dans un pays ou un district où la prévalence du VIH est relativement élevée, la concentration d'enfants ou d'adolescents peut être relativement faible (notamment dans les zones rurales), rendant ainsi difficile la mise en œuvre de modèles propres aux enfants ou aux adolescents. Par exemple, un grand nombre d'adolescents peut justifier la formation d'un groupe près de chez eux ou une journée réservée à la pédiatrie dans la clinique locale. Dans de tels contextes, il vaudrait peut-être mieux veiller à ce que les enfants ou les adolescents accèdent à des modèles de prestation des TAR pour adultes stables, éventuellement

au sein de cellules familiales. Les études de cas 5 et 6 illustrent des modèles de prestation des TAR adaptés aux différentes concentrations de population d'enfants sous traitement.

## Étude de cas 5 :

### Journée pédiatrique à la clinique TAR avec espacement des rendez-vous des membres de la famille stables au Kenya

#### Forte concentration d'enfants vivant près de l'établissement

Dans un certain nombre de centres urbains au Kenya, les cliniques TAR ont instauré une journée de service pédiatrique axée sur le VIH en raison du nombre élevé d'enfants sous traitement. Tous les enfants et les membres de leur famille sous traitement ont les mêmes dates de rendez-vous lors de ces journées pédiatriques. Les enfants stables et les membres de leurs familles participent à des examens cliniques tous les 3 ou 6 mois et reçoivent leurs renouvellements de TAR tous les 3 mois

## Étude de cas 6 :

### TAR communautaire (C-BART) en Namibie

#### Faible concentration d'enfants vivant dans des zones rurales difficiles d'accès

Dans un district rural de Namibie, des établissements de soins primaires proposent des services mobiles de proximité dans des points fixes de communautés rurales difficiles d'accès 4 à 6 fois par an. Les cellules familiales sont gérées ensemble dans ce service. Les enfants, les adolescents et les membres adultes de leurs familles participent à des examens cliniques tous les 3 à 6 mois (en fonction de leur statut de « stabilité ») et reçoivent des renouvellements de TAR couvrant la même période.



Les groupes pour les mères qui allaitent à la clinique sont très bien, mais je vis à 2 heures de bus. J'ai trop de mal à m'y rendre. J'ai besoin d'aller chercher mon traitement près de chez moi.

## Étude de cas 7 :

### Initiative pour la normalisation des rencontres pédiatriques accélérées pour les TAR (SPEEDI) en Tanzanie visant à séparer les visites de renouvellement des TAR et les consultations cliniques [30]

En Tanzanie, la congestion du service pédiatrique conduisait à des temps d'attente plus longs pour les clients. Pour décongestionner l'établissement et réduire les temps d'attente, l'établissement a instauré les visites de renouvellement des TAR. Les enfants et les adolescents qui étaient sous traitement et stables étaient inscrits dans le programme SPEEDI. Ces clients n'étaient plus tenus de voir un clinicien lors de chaque visite. Au cours d'une visite SPEEDI, on vérifie les signes vitaux et l'anthropométrie du client, on compte les comprimés et on demande au client s'il souhaite voir un clinicien. S'il ne le souhaite pas, le client va directement à la pharmacie pour collecter son renouvellement de TAR de 2 à 3 mois. Les clients alternent les visites accélérées SPEEDI et les visites d'examen clinique de routine, et sont tenus de voir un clinicien 2 à 3 fois par an. On relève la charge virale du client une fois par an lors de la visite de renouvellement des TAR qui sera ensuite évaluée dans le cadre de son examen clinique.



PARTIE 4

# FAUT-IL ADAPTER UN MODÈLE EXISTANT OU CONSTRUIRE UN NOUVEAU MODÈLE ?

# ADAPTER OU CONSTRUIRE

Compte tenu que la prestation des services liés au VIH est de plus en plus différenciée, il se peut que des modèles de prestation des TAR pour des populations spécifiques aient déjà été planifiés et mis en œuvre. Lorsqu'on souhaite inclure, à un stade ultérieur, une nouvelle population telle que les enfants, les adolescents et les FEA, des caractéristiques cliniques différentes ou un nouveau contexte, il est important de déterminer en premier lieu si un ou plusieurs modèles en vigueur pourraient être adaptés aux besoins de cette population avant de construire un nouveau modèle.

**Lorsqu'un modèle est déjà compris, mis en œuvre et fonctionnel au sein du système de santé, il est plus facile de procéder à des adaptations mineures que de mettre en œuvre un nouveau modèle.** Un soutien par les pairs ou des interventions psychosociales peuvent aussi déjà exister et pourraient être adaptés pour inclure la prestation des TAR. Ces deux possibilités d'adaptation devraient être envisagées en premier.

## Question 1 : Existe-t-il un modèle de prestation différenciée des TAR en vigueur ?

L'adhésion à de nouveaux modèles de prestation de services et leur mise en œuvre représentent un réel défi qui prend du temps. Dans bien des cas, il nécessitera de changer les processus du système de santé, tels que la chaîne d'approvisionnement et le S&E. Lorsqu'un modèle de prestation différenciée des TAR a déjà été mis en œuvre, bon nombre de ces changements au sein du système de santé ont déjà eu lieu. L'adaptation des modèles, en veillant à procéder à des changements minimes, voire à aucun changement des processus intersectoriels, sera beaucoup plus facile et rapide à mettre en œuvre.

Par exemple, au Cap, en Afrique du Sud, les clubs d'observance ont été adaptés pour répondre aux besoins des populations spécifiques (Voir Annexe 2, page 40).

Lorsqu'il existe un modèle approprié susceptible d'être adapté, il faut quand même envisager des changements des critères de stabilité et des critères d'orientation et, surtout, des composantes de base du modèle – quand, où et par qui les services seront fournis, ainsi que des changements des programmes de soins (le « quoi ») (Voir Partie 5).

### Étude de cas 8 :

## Adaptation du modèle des clubs d'observance (CO) des TAR en Afrique du Sud [25]

Au Cap, en Afrique du Sud, les OC des TAR pour adultes stables ont été adoptés dans le cadre d'une politique et mis en œuvre. En décembre 2016, 63 000 clients (41% de la cohorte des TAR) recevaient leurs soins par l'intermédiaire de ce modèle. Les clients peuvent rejoindre un CO après avoir passé six mois sous traitement s'ils ont une charge virale <400 copies/ml (le seuil national défini pour la suppression virale). Les CO sont des groupes composés de 25 à 30 clients stables qui reçoivent leurs renouvellements de traitement, leur soutien et leurs soins au sein du groupe. Ces clubs sont animés par un prestataire non professionnel. Lors de la visite de renouvellement de traitement avant la consultation clinique annuelle, du sang est prélevé pour le suivi régulier qui inclut la charge virale. Le modèle CO a été adopté comme l'un des modèles de prestation différenciée des TAR de l'Afrique du Sud pour les adultes stables. Les CO sont un exemple de modèle de groupe géré par des agents de santé (page 5).

Les CO ont été incorporés dans les clubs familiaux, les clubs de jeunes et les clubs postnatals en adaptant les critères et chacune des composantes de base (voir Partie 5 et Annexe 2). Les clubs familiaux regroupent les enfants et leurs aidants. Si l'aidant répond aux critères d'un client stable, il reçoit aussi ses renouvellements de traitement au sein du modèle [26]. Les clubs de jeunes regroupent les adolescents âgés de 12 à 15 ans, et encouragent le soutien par les pairs entre les jeunes récemment diagnostiqués et ceux qui sont sous traitement depuis longtemps. L'animateur du club de jeunes est formé pour offrir des services adaptés aux adolescents et le club propose des activités de groupe interactives et structurées [27]. Les clubs postnatals ont lieu à la clinique SMNI et sont accessibles à toutes les femmes séropositives post-partum. Les visites sont lignées sur les visites de suivi des nourrissons, et le soutien comprend des conseils sur les soins et le développement infantiles (Voir Annexe 2, page 40 pour plus de détails).



### Découvrez l'histoire d'Andrew

Andrew est gestionnaire de district du programme TAR. Il vient d'assister à une réunion d'examen à l'échelle nationale au cours de laquelle des préoccupations ont été exprimées concernant la faible rétention des adolescents sous TAR dans son district. Ses agents de santé se plaignent qu'ils voient trop de clients sous traitement chaque jour, ce qui ne leur permet pas de se consacrer aux adolescents, et qu'ils sont surchargés. Andrew va suivre le plan en 5 étapes pour voir si la prestation différenciée des TAR peut améliorer les résultats pour les adolescents dans son district.

### Découvrez l'histoire de Sofia

Sofia est une collégienne studieuse. Elle est sous traitement antirétroviral depuis deux ans et va chercher tous les mois à la clinique son TAR. Sofia participe à un groupe de soutien un samedi par mois. Elle s'occupe aussi de son petit frère après l'école car sa mère travaille de longues heures. Elle se rend à la clinique pendant la semaine et manque souvent l'école à cause de la longue queue de 40 à 60 autres clients à la réception. Ces clients sont pour la plupart beaucoup plus âgés, de l'âge de sa mère environ. Après avoir fait la queue, elle fait un bilan de santé de cinq minutes avec une infirmière puis doit attendre dans une queue encore plus longue pour récupérer son traitement à la pharmacie. L'infirmière donne un certificat médical à Sofia pour l'école, mais Sofia passe la nuit à s'inquiéter au sujet de ce certificat médical, parce qu'elle ne se sent pas malade.



### Découvrez l'histoire de Mariam et de son fils de 7 ans, Joe

Miriam et son fils sont sous traitement depuis que Joe a un an. Miriam se rend à sa clinique locale tous les trois mois pour recevoir son traitement et ses soins cliniques, mais doit se rendre au service pédiatrique de l'hôpital tous les deux mois pour les soins et le traitement de Joe. La clinique de Joe est uniquement pour les enfants, et donc Miriam ne peut pas y recevoir son traitement. Il faut à Miriam et à Joe toute une journée pour se rendre à l'hôpital, ce qui coûte à Miriam la moitié de son revenu mensuel. Joe sait que lui et sa mère sont séropositifs et ils se rappellent mutuellement de prendre leur traitement tous les jours.

### Découvrez l'histoire de John, Nadia et de leur fils, Noah

John et Nadia ont été diagnostiqués séropositifs lorsque Nadia était enceinte. Ils sont tous les deux sous traitement depuis un peu plus d'un an. Leur bébé, Noah, a six mois et son test VIH effectué à six semaines était négatif. John et Nadia se rendent à la clinique VIH tous les mois pour leur traitement et Nadia amène Noah à la clinique pour bébés pour ses vaccins et ses examens médicaux. John travaille loin de chez lui et il est très difficile pour lui de prendre une journée de congé pour aller chercher son traitement. Nadia a du mal à gérer la situation à la maison avec son bébé. Il est difficile pour elle de se rendre à tous les rendez-vous à la clinique VIH et à la clinique pour bébés.



## Question 2 : Existe-t-il un soutien par les pairs ou un soutien psychosocial en place qui pourrait être adapté ?

Il se peut qu'un programme de soutien psychosocial ou par les pairs soit déjà en place pour des populations spécifiques. Il pourrait s'agir de groupes de soutien par les pairs ou d'autres programmes axés sur les enfants et les adolescents, tels que des programmes pour les orphelins et les enfants vulnérables. Ces programmes existants pourraient être mis à profit pour inclure la distribution des renouvellements de TAR, ce qui pourrait réduire la fréquence des visites dans les établissements de santé. Voir étude de cas 3 pour plus de détails, et Annexe 3 page 42.

**« Le programme Zvandiri m'a aidé à réaliser comment je devrais vivre dans mon état actuel. Je suis désormais prête à aller dans la communauté pour aider les autres enfants, les adolescents et les jeunes à adhérer au traitement antirétroviral et à lutter contre toutes formes de stigmatisation et de discrimination. »**

**– Femme de 22 ans vivant avec le VIH, Zimbabwe**

### Étude de cas 9 :

#### Adaptation du programme de soutien communautaire pour adolescents CATS au Zimbabwe

Au Zimbabwe, l'organisation communautaire Africaid s'emploie depuis plus de dix ans à proposer des services communautaires aux enfants, aux adolescents et aux jeunes vivant avec le VIH par l'intermédiaire du programme Zvandiri [28].

Les CATS sont des adolescents séropositifs qui sont formés et accompagnés en vue d'apporter un soutien psychosocial aux enfants et aux adolescents vivant avec le VIH dans leurs communautés. Leur travail se déroule en collaboration avec le Ministère de la santé et des soins infantiles. Dans le « 2017 Zimbabwean Operational and service Delivery Manual » [29], le modèle CATS a été adapté en vue d'inclure la prestation des renouvellements de TAR. En plus du soutien communautaire, le rôle des CATS a été étendu aux groupes de renouvellements de TAR pour adolescents en établissement, où ils distribuent les renouvellements de TAR au sein de ces groupes.

## QUAND FAUT-IL CONSTRUIRE UN NOUVEAU MODÈLE DE PRESTATION DES TAR ?

Il faut toujours veiller à ce que le modèle de prestation des TAR atteigne son objectif : apporter une solution aux problèmes rencontrés par la population spécifique concernée, tout en maintenant une approche de santé publique. La Partie 5 vous guidera dans ce processus de construction.



Une clinique mobile vient dans mon village tous les mois. J'y amène mon bébé pour qu'on le pèse et qu'on le vaccine. Je me demande souvent pourquoi ils ne peuvent pas m'apporter mes ARV.

A photograph of two women wearing headscarves sitting at a table. The woman in the foreground is wearing a colorful patterned headscarf and a pink sweater. The woman in the background is wearing a blue patterned headscarf and a light blue cardigan. They appear to be in a meeting or discussion.

PARTIE 5

# ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES



# LES COMPOSANTES DE BASE

Cette partie décrit les quatre composantes de base et met en évidence les Lignes directrices et les considérations clé de l'OMS en la matière [3, 5]. Elle narre aussi l'exemple d'un modèle concret de prestation différenciée des TAR pour une population spécifique. Les principaux messages à retenir sont présentés pour chaque population spécifique. Nous voyons aussi nos personnages, Nadia, Miriam et John, rêver de la manière dont leurs vies pourraient être améliorées si les composantes de base de leur prestation des TAR étaient différenciées.

Les composantes de base sont les principaux éléments d'un modèle différencié de prestation de services. Quand la prise en charge est-elle assurée (fréquence des visites) ? Où la prise en charge est-elle assurée (lieu) ? Qui assure la prise en charge (prestataire de service) ? De quelle prise en charge s'agit-il (ensemble de services) ? Voir Figure 4.

## Des composantes de base distinctes sont nécessaires pour les consultations cliniques, les renouvellements de TAR et le soutien psychosocial

Les consultations cliniques et les renouvellements de TAR sont compris dans tous les modèles de prestation des TAR. Beaucoup proposent aussi un accès à un soutien psychosocial, tel que des groupes ou des réseaux de soutien (y compris des plateformes virtuelles), un counseling individuel sur l'observance thérapeutique avec du personnel de santé ou des prestataires non professionnels, ou, dans certains cas, des visites à domicile par des prestataires non professionnels. Les « quand », « où », « qui » et « quoi » doivent être examinés séparément pour chacune de ces

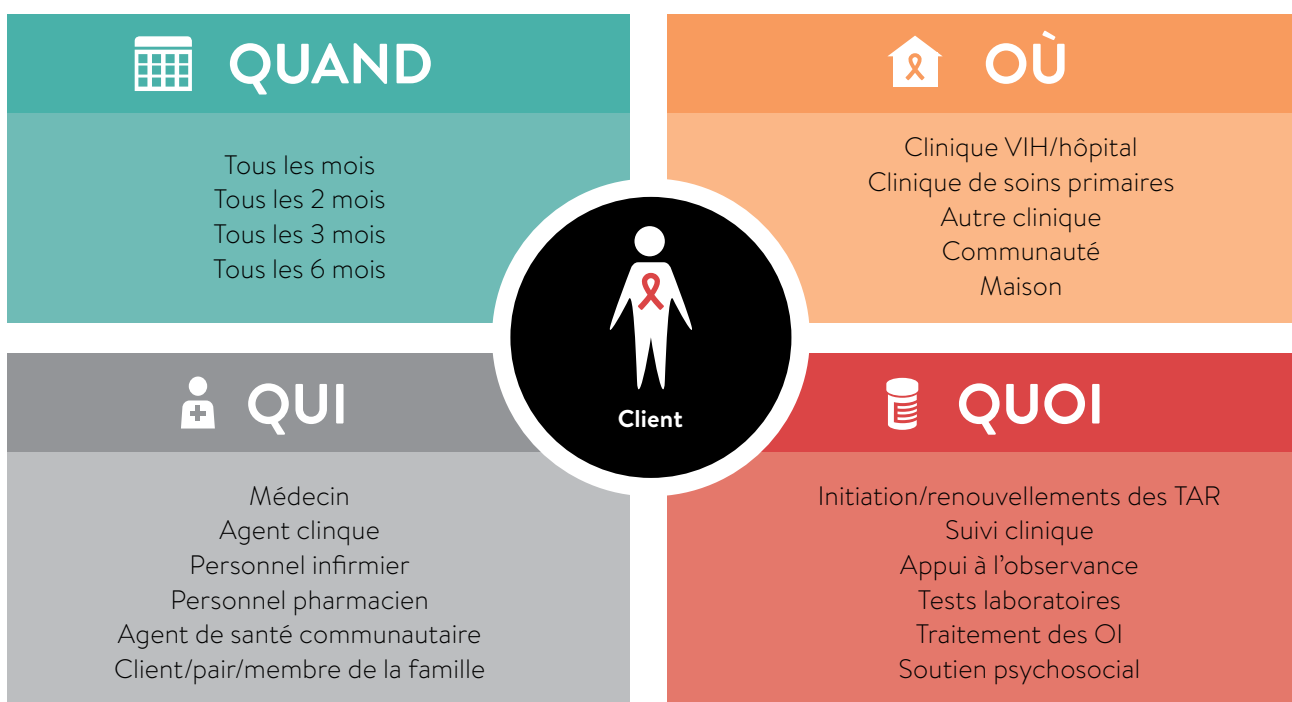
composantes. Les consultations cliniques et les renouvellements de TAR sont des éléments essentiels.

Cependant, ils ne relèvent pas de la même fréquence et ne font pas appel à la même catégorie de prestataires.

Le soutien psychosocial est important, notamment pour des populations spécifiques, mais peut ne pas être indiqué ou nécessaire pour tous les clients. S'agissant des consultations cliniques et des renouvellements de TAR, il convient de déterminer séparément quel type de soutien psychosocial est apprécié par les clients stables, où il peut être offert, par qui et à quelle fréquence. Des populations spécifiques, en dépit d'être cliniquement stables, pourraient bénéficier d'un soutien psychosocial supplémentaire. Les composantes de base de la prestation de services différenciée peuvent aussi être appliquées pour déterminer le « quand », « où », « qui » et « quoi » du soutien psychosocial. Ce soutien peut être assorti d'un délai, par ex. pendant la grossesse ou l'allaitement, pour veiller à ce que le statut de séropositivité soit communiqué aux enfants et aux jeunes adolescents, ou continu à travers des groupes de soutien par les pairs.

Comme indiqué dans la Partie 1, les clients sont au centre de tous les modèles de prestation différenciée des TAR. Il appartient au responsable de la santé du district de collaborer avec les agents de santé et les clients pour déterminer les composantes de base « quand », « où », « qui » et « quoi » du modèle de prise en charge différencié qui correspondent aux besoins les plus urgents de la communauté. Les parties prenantes doivent œuvrer à l'amélioration des résultats pour les clients tout en utilisant au mieux les ressources disponibles du système de santé et des communautés.

Figure 4: Les composantes de base





# « QUAND » LES TAR SONT-ILS DISPENSÉS ?

## Harmonisation de la prestation des TAR entre les membres de la famille sous traitement

L'harmonisation des dates de renouvellements des TAR et des consultations cliniques pour les membres de la famille permet d'optimiser les avantages de la prestation différenciée des TAR. Si un aidant et un enfant reçoivent des renouvellements tous les 3 mois mais doivent aller chercher leurs renouvellements à des dates différentes (ou dans des lieux différents), les avantages d'un renouvellement à plus long terme sont réduits. Par ailleurs, si un parent ou un aidant a des rendez-vous cliniques tous les 3 mois et que son enfant doit être vu tous les mois, les avantages d'un renouvellement à plus long terme pour l'adulte ne seront pas atteints. Bien que cette harmonisation concerne plus particulièrement les enfants qui sont fortement tributaires d'aidants, elle peut aussi s'appliquer à des adolescents, notamment aux adolescents plus jeunes et à ceux vivant dans des communautés rurales et difficiles d'accès. L'harmonisation des visites des membres de la famille devrait s'appliquer aux aidants et aux aidantes, aux frères et sœurs et aux autres personnes de leur réseau de soutien.

## Réduire la fréquence des renouvellements des TAR et des visites cliniques

La réduction de la fréquence des visites est un moyen efficace de réduire la charge qui pèse à la fois sur les clients et sur le système de soins de santé. L'un des principes clés communs à tous les modèles de prestation différenciée de TAR consiste à séparer les visites « uniquement pour des renouvellements » des visites qui nécessitent une évaluation clinique et/ou un examen en laboratoire. Si un clinicien prescrit un TAR pour une période de six mois, le client devrait alors pouvoir, entre-temps, limiter ses interactions avec le système de santé à celles nécessaires pour se réapprovisionner en médicaments et accéder au soutien psychosocial désiré. En prescrivant un renouvellement suffisant lors de la visite clinique, le client n'aura pas besoin de voir un autre clinicien jusqu'à son prochain rendez-vous clinique. Il existe des exemples de prestation de modèles de services pédiatriques qui séparent les visites uniquement pour les renouvellements des consultations cliniques (voir Etude de cas 7, page 17).

La période de prescription des TAR devrait s'aligner sur la fréquence des consultations cliniques. Lorsque c'est le cas, les cliniciens ne sont pas tenus de participer aux visites de renouvellement thérapeutique. Par exemple lorsque des consultations cliniques sont exigées tous les 12 mois, la période de prescription devrait être de 12 mois (c.-à-d. qu'aucune nouvelle prescription n'est requise dans l'intervalle).

## Utiliser la durée maximale de renouvellement des TAR

En fonction des règlements locaux, l'autorité compétente (par ex. l'autorité nationale, celle du district ou de l'établissement) devrait informer clairement les agents de santé de la durée maximale d'un renouvellement de TAR pouvant être prescrite – 1 mois, 3 mois, 6 mois etc. – et de la présence de circonstances particulières. Celles-ci pourraient inclure les vacances de décembre, l'internat loin de chez soi, ou un déplacement prolongé lié au travail. Ces directives permettront de déterminer la fréquence des visites d'un client pour récupérer ses renouvellements. Pour tout renseignement concernant la prolongation des renouvellements thérapeutiques, veuillez consulter le calculateur d'ordonnance sur plusieurs mois de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) disponible sur [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).

## Prolonger ou adapter les heures de service

Dans la plupart des endroits limités en ressources, les TAR peuvent uniquement être collectés pendant les heures d'ouverture de la clinique. L'adaptation des heures de service est un moyen simple de remédier aux problèmes d'accès de certains clients. Par exemple, permettre aux enfants et aux adolescents d'aller chercher leurs renouvellements thérapeutiques après les heures de fermeture de l'école, ou le samedi, diminue les absences scolaires et permet à un enfant ou à un adolescent de suivre un rythme plus normal, et aux parents de manquer moins de jours de travail. Voir Exemple 1, clubs de jeunes du Malawi (page 25) qui ont lieu le samedi et le dimanche.

## Fréquence du soutien psychosocial dans les environnements de soutien par les pairs

La fréquence du soutien psychosocial devrait être adaptée aux besoins du client. Bien que le counseling individuel sur l'observance thérapeutique soit importante dans le cadre de l'initiation du TAR et du programme de soins des clients instables, les clients cliniquement stables n'ont pas nécessairement besoin d'un counseling continu sur l'observance qui pourrait représenter un fardeau excessif pour les clients, les prestataires non professionnels et le système de soins de santé. Les faits montrent que l'observance et la rétention s'améliorent quand les clients accèdent à des environnements de soutien par les pairs, principalement des groupes de soutien communautaires, propres à la population [22]. Il existe des exemples de modèles de prestation différenciée des TAR dans lesquels les renouvellements de TAR sont combinés à un soutien psychosocial offert au sein de groupes dirigés par les pairs (par ex. CATS, page 21), et d'autres où il ne l'est pas (par ex. visites accélérées en établissement. [31] et Étude de cas 8, page 19 et Annexe 2 page 40).

## QUAND : Considérations Clés

### Encadré 4 : Fréquence des visites [3]

|              | RENOUVELLEMENTS DES TAR | CONSULTATIONS CLINIQUES  | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL |
|--------------|-------------------------|--|----------------------|
| <b>QUAND</b> | Tous les 3 à 6 mois     | Tous les 6 mois<br>(Enfants de 2 à 5 ans :<br>Tous les 3 mois) | 1 à 6 mois           |

# Exemple 1 :

## Clubs d'adolescents au Malawi

### Aperçu

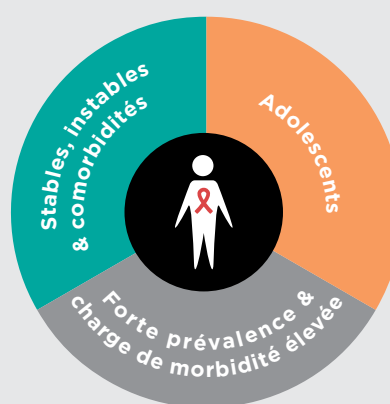
Au Malawi, des clubs d'adolescents ont été créés pour remédier aux mauvais résultats de rétention des adolescents et des jeunes adultes. Les clients âgés de 10 à 19 ans et qui ont connaissance de leur statut VIH (entièrement divulgué) peuvent adhérer à un club d'adolescents. Ceux-ci se déroulent tous les mois, le samedi ou le dimanche, en dehors des heures normales de la clinique et s'adressent exclusivement aux adolescents. Ces clubs comptent entre 15 à 200 clients.

Le club d'adolescents est animé par un mentor qui suit une formation et un mentorat dans le cadre du programme pour club d'adolescents Baylor. Dans des clubs plus grands, les jeunes adolescents et ceux plus âgés sont répartis en groupes pour adapter le soutien psychosocial aux adolescents plus âgés à qui l'on enseigne l'autoévaluation de la santé. Au cours des activités du club, une infirmière procède au renouvellement du traitement et à l'examen clinique de chaque adolescent individuellement. Les charges virales sont relevées selon les directives nationales à six mois, deux ans puis tous les deux ans par la suite.

Certains établissements qui comptent un nombre élevé de participants au modèle continuent à voir les adolescents tous les mois pour le soutien psychosocial, mais tous les 2 mois pour l'examen clinique et les renouvellements de traitement. D'autres sont passés à un calendrier de visites tous les 2 mois.

Les adolescents participant à ce modèle bénéficient d'un remboursement des frais de transport et reçoivent une collation. Les clubs d'adolescents sont un exemple de modèle individuel en établissement (page 5) et d'intervention psychosociale (groupe de soutien préexistant pour les adolescents qui se déroule le samedi) qui a été adapté en vue de proposer une prestation différenciée des TAR (page 21). Pour plus de renseignements sur ce modèle, veuillez consulter le site [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).

### Les trois éléments des clubs d'adolescents



### Les composantes de base du club d'adolescents de Baylor

|       | RENOUVELLEMENTS DES TAR  | CONSULTATIONS CLINIQUES  | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL   |
|-------|--|--|--|
| QUAND | Tous les mois ou tous les 2 mois*  | Tous les mois ou tous les 2 mois*  | Tous les mois ou tous les 2 mois*  |
| OÙ    | Samedi/dimanche – Heures réservées aux adolescents dans des cliniques de soins et des hôpitaux proposant des TAR | Samedi/dimanche – Heures réservées aux adolescents dans des cliniques de soins et des hôpitaux proposant des TAR | Samedi/dimanche – Heures réservées aux adolescents dans des cliniques de soins et des hôpitaux proposant des TAR   |
| QUI   | Infirmier ou pharmacien  | Infirmier  | Prestataire non professionnel  |
| QUOI  | Renouvellement des TAR   | Consultation clinique<br>Nouvelle prescription<br>Prise de sang  | Appui nutritionnel, psychosocial et à l'observance structuré et axé sur les adolescents<br>Enseignement de l'autoévaluation de la santé<br>Environnement de pairs<br>Activités par les pairs |

\* Cela peut varier selon les établissements, la plupart voyant chaque adolescent tous les mois pour les trois services. Quelques établissements ayant une charge de clients plus élevée voient les adolescents tous les mois pour le soutien psychosocial et uniquement tous les 2 mois pour le renouvellement de traitement et l'examen clinique, ou ont définitivement adopté un calendrier de visite tous les 2 mois.

Des clubs d'adolescents similaires existent au Botswana, au Lesotho, au Swaziland, en Ouganda et en Tanzanie.



## « Où » les TAR sont-ils dispensés ?

### Décentraliser les services plus près du domicile

Pour de nombreux clients, l'accès physique aux TAR demeure problématique. Le temps et le coût pour se rendre jusqu'à la clinique, ajoutés aux problèmes persistants de stigmatisation, restent des obstacles à la rétention et à une suppression virale prolongée. La décentralisation de la prise en charge du VIH, y compris pour les enfants, les adolescents et les FEA - c'est-à-dire amener les services au plus près du lieu de résidence des clients, soit dans un établissement plus proche de chez eux ou, idéalement, dans un endroit au sein de leur communauté - est une stratégie qui peut réduire à la fois la congestion dans les lieux centralisés et la charge qui pèse sur les clients.

### Le degré de décentralisation variera selon le contexte

Dans les zones fortement touchées, un soutien par les pairs devrait être proposé au sein des communautés, soit dans le cadre des renouvellements de traitement ou en plus de ces visites. Une planification rigoureuse de l'endroit des visites cliniques par rapport aux visites de renouvellement des TAR est particulièrement importante pour les enfants vivant dans des zones fortement touchées où il n'est peut-être pas judicieux de permettre à tout le personnel de soins primaires de gérer les soins pédiatriques liés au VIH. Cependant, la centralisation des services pédiatriques cliniques augmente les raisons de réduire la fréquence des consultations cliniques et/ou de proposer des renouvellements de traitement plus près de chez soi. Il

peut être difficile de proposer un soutien par les pairs dans des zones faiblement touchées s'il n'y a pas assez de membres d'une population spécifique qui vivent près les uns des autres.

Dans un tel cas de figure, on pourrait envisager un accès à des groupes de soutien par les pairs virtuels, tels que des forums de discussion pour adolescents, via une plate-forme telle que WhatsApp.

### Lorsque la prestation de services intégrée est indiquée pour les besoins des clients et lorsqu'elle ne l'est pas

Les services intégrés, aussi appelés l'approche « guichet unique », sont presque toujours mieux adaptés aux besoins des clients car ils leur permettent d'obtenir leurs soins au même endroit, auprès du même prestataire et lors de la même consultation. Les clubs postnatals, page 41, sont un exemple de la manière dont cette approche peut fonctionner pour les femmes qui allaitent. Cependant, il existe des cas où l'intégration peut ne pas être dans le meilleur intérêt du client. Par exemple, un client pourrait ne pas souhaiter changer son modèle de prestation de services actuel. Pour les femmes qui reçoivent déjà leur traitement dans un groupe avant la conception, l'intégration des services VIH et SMNI dans un programme dispensé dans un établissement peut ne pas être perçu comme un changement positif. Conformément aux principes de la prise en charge différenciée, les clients devraient avoir le choix de rester dans l'endroit où ils accèdent à leurs services.



**Miriam pense :** Et si je pouvais aller à l'hôpital que deux fois par an pour que moi et mon fils voyions l'infirmière spécialisée et aller chercher ses renouvellements de traitement à ma clinique locale en même temps que les miens ?

## OÙ : Considérations Clés

### Encadré 5 : Lieu des visites [3]

|  | RENOUVELLEMENTS DES TAR   | CONSULTATIONS CLINIQUES  | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL  |
|--|---|--|---|
|  | Clinique de soins primaires (CSP)<br>Services de proximité, en dehors de l'établissement<br>Pour les FEA - services SMNI à la CSP | CSP, services de proximité proposés par l'établissement<br>Pour les FEA - services SMNI à la CSP | Soins de santé primaires (SSP), en dehors de l'établissement, virtuel |

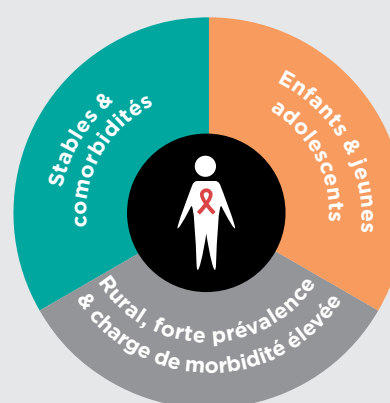
## Exemple 2 :

### Orientation vers un échelon inférieur appuyée par des services pédiatriques de proximité, avec espacement des rendez-vous pour les enfants en Zambie

#### Aperçu

En Zambie, les enfants séropositifs devaient parcourir de longues distances pour recevoir leurs soins à l'hôpital pédiatrique central de référence. Les services pédiatriques ont développé un service de soins primaires de proximité. Les enfants de moins de 16 ans qui avaient démontré une bonne observance thérapeutique, qui étaient cliniquement stables, qui ne présentaient aucune infection opportuniste et qui voulaient des soins plus proches de chez eux se sont vus proposés ce modèle de prestation des TAR. Les enfants étaient orientés vers la clinique de soins primaires la plus proche où une équipe composée d'un clinicien du service pédiatrique de l'hôpital de référence, offrait un soutien de proximité. Les enfants étaient vus tous les 3 mois à la clinique de soins primaires par l'équipe de proximité pour les renouvellements de traitement et les consultations cliniques. Les charges virales étaient relevées lors d'une visite sur deux. Ce modèle de proximité pédiatrique est un exemple de modèle individuel en dehors de l'établissement (page 5) (service hospitalier d'orientation pédiatrique) et un nouveau modèle de prestation différenciée des TAR (page 21). Pour plus de renseignements sur ce modèle, veuillez consulter le site [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).

#### Les trois éléments des services pédiatriques de proximité



#### Les composantes de base des services pédiatriques de proximité

|       | RENOUVELLEMENTS DES TAR*                                     | CONSULTATIONS CLINIQUES*   | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL*                  |
|-------|--|--|--|
| QUAND | Tous les 3 mois  | Tous les 3 mois  | Tous les 3 mois                        |
| OÙ    | Cliniques de soins primaires                                 | Cliniques de soins primaires   | Cliniques de soins primaires           |
| QUI   | Équipe de proximité, y compris un clinicien et un conseiller | Équipe de proximité, y compris un clinicien et un conseiller                         | Équipe de proximité                    |
| QUOI  | Renouvellement des TAR                                       | Consultation clinique<br>Nouvelle prescription<br>Prise de sang (CV tous les 6 mois) | Counseling individuel sur l'observance |

\* Le renouvellement de traitement, la consultation clinique et le soutien psychosocial étaient tous proposés en même temps.



# « QUI » assure la prestation différenciée des TAR ?

## L'importance de la délégation de tâches

Le fait d'assigner certaines tâches à des agents de santé moins qualifiés a permis d'intensifier la prestation de TAR dans des environnements limités en ressources. Les soins courants et la prestation des TAR ne relèvent plus uniquement de la responsabilité des docteurs. Au cours des dix dernières années, le personnel infirmier et les prestataires de santé non professionnels se sont de plus en plus investis dans la prestation des TAR. Ce changement se limite au personnel infirmier et aux prestataires non professionnels qui travaillent dans des cliniques VIH ; il s'est aussi produit dans d'autres environnements tels que les services SSP et SMNI. Pour mettre en œuvre la délégation et le partage des tâches, un examen des cadres réglementaires du pays est souvent nécessaire ce qui, dans certains endroits, demeure un obstacle majeur à l'intensification des TAR.

## Les prestataires non professionnels peuvent distribuer les renouvellements de TAR

L'OMS recommande que les prestataires non professionnels distribuent les renouvellements de traitement entre les consultations cliniques aux adultes, aux enfants et aux adolescents [5] (voir Encadré 6). Il existe une distinction importante entre la distribution et la dispensation : la dispensation relève du rôle d'un pharmacien alors que la distribution signifie que le renouvellement a déjà été dispensé et que le prestataire non professionnel peut apporter le renouvellement au client. Le recours aux prestataires non professionnels pour distribuer les renouvellements de TAR peut économiser du temps pour les clients et le personnel infirmier et/ou celui de la pharmacie de l'établissement. Les renouvellements de TAR peuvent être collectés en dehors des établissements de santé, soit dans des points de collecte ou dans des groupes de soutien.

## « Qui » peut collecter les renouvellements de traitement

Il est aussi important de déterminer qui peut collecter les TAR pour le compte du client. Les clients devraient être informés si d'autres personnes sont autorisées à aller chercher les TAR en leur nom, et si tel est le cas, quelles sont ces personnes. Les faits montrent que les clients qui autorisent un ami ou un membre de la famille à aller chercher leur traitement à leur place ont un risque réduit de rebond virologique par rapport à ceux qui ne le font pas [32]. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que les clients avaient divulgué leur état à la famille ou aux amis, et il est clair que les clients apprécient d'avoir cette option pour la prestation des TAR [33]. Dans les clubs familiaux en Afrique du Sud (voir Annexe

## Lignes directrices de l'OMS

### Encadré 6 : Recommandations relatives à la délégation et au partage des tâches [5]

- Les prestataires formés et supervisés peuvent distribuer des TAR aux adultes, aux adolescents et aux enfants vivant avec le VIH (forte recommandation, preuves de faible qualité).
- Les cliniciens non-médecins formés, les sages-femmes et le personnel infirmier peuvent commencer un TAR de première intention (forte recommandation, preuves de qualité moyenne).
- Les cliniciens non-médecins formés, les sages-femmes et le personnel infirmier peuvent maintenir un TAR (forte recommandation, preuves de qualité moyenne).
- Les agents de santé communautaires formés et supervisés peuvent dispenser un TAR entre des visites cliniques régulières (forte recommandation, preuves de qualité moyenne).

Ces recommandations s'appliquent à tous les adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH.


2, page 40), un client ou un aidant peut envoyer un membre de la famille ou un ami de confiance chercher son TAR ou celui de son enfant [26].

## « Qui » peut offrir un soutien psychosocial

Il est reconnu depuis longtemps que l'on devrait avoir recours aux prestataires non professionnels pour offrir un soutien psychosocial. Le terme « prestataire non professionnel » est vaste et inclut une variété de personnes ne possédant aucun certificat professionnel ou diplôme de l'enseignement supérieur, mais qui ont été formées pour fournir des services spécifiques, tels que l'appui à l'observance, et/ou l'animation de groupes de soutien par les pairs. Ces prestataires non professionnels peuvent aussi être ou pas des PVVIH elles-mêmes, et peuvent être issues du même groupe de population que le client. Ces facteurs facilitent souvent les bonnes relations entre le prestataire et le client, ce qui peut contribuer à une observance thérapeutique à long terme. Les prestataires non professionnels peuvent faire partie du personnel de l'établissement, d'équipes de proximité de l'établissement ou d'organisations communautaires.

## QUI : Considérations clés

### Encadré 7 : Prestataire de service [3]

|   | RENOUVELLEMENTS DES TAR   | CONSULTATIONS CLINIQUES                                  | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL  |
|---|---|--|---|
|  QUI | Prestataire non professionnel, aidant, pair, travailleur de proximité | Personnel infirmier, sage-femme, agent clinique, docteur | Prestataire non professionnel, aidant, pair, travailleur de proximité |

## Exemple 3 : Clubs postnatals en Afrique du Sud

### Aperçu

Au Cap, en Afrique du Sud, des clubs postnatals ont été créés en réponse à de faibles taux de rétention après l'accouchement de femmes qui avaient commencé le traitement pendant la grossesse et pour renforcer le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson. Toutes les femmes séropositives sous traitement qui donnent naissance dans l'établissement peuvent participer à ces clubs. Les femmes ne sont pas tenues d'être stables, mais sont évaluées dans le cadre d'une paire mère-nourrisson à bas risque (PMNBR) ou d'une paire mère-nourrisson à haut risque (PMNHR), et ont des fréquences de visite et des programmes de soins différents. Chaque club comprend 6 à 12 paires mère-nourrisson (PMN) groupées par mois d'accouchement. Ils sont animés par un prestataire non professionnel en poste dans le service SMPI de la clinique de santé primaire locale.

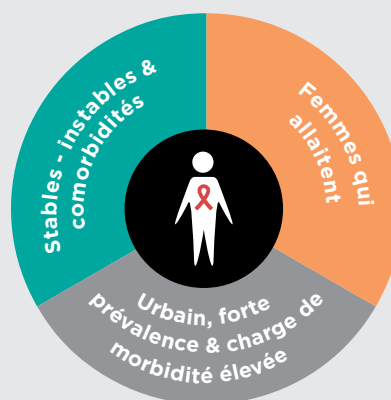
Des réunions de groupe sont organisées au sein de la clinique et le soutien met l'accent sur les soins aux nourrissons et le maintien de l'observance du traitement par les mères. À chaque session, le prestataire non professionnel distribue les renouvellements de cotrimoxazole pour les nourrissons et les mères dans le groupe pour la période allant jusqu'à la prochaine visite de club (tous les mois dès lors que les nourrissons ont 10 semaines jusqu'à ce qu'ils atteignent 6 mois, conformément aux directives provinciales préconisant un bilan de santé mensuel du nourrisson, puis tous les 3 mois par la suite jusqu'à ce que le nourrisson atteigne 18 mois). Chaque PMN reçoit une seule consultation clinique intégrée.

Le programme de soins dispensé par la clinique change à chaque visite. En général, il suit le programme de vaccination et de suivi du nourrisson, avec un test VIH du nourrisson exposé à 9 et 18 mois, et une prise en charge du VIH supplémentaire pour les mères qui ont des consultations cliniques tous les 6 mois pour vérifier la charge virale du VIH. Les PMNHR bénéficient

d'un soutien supplémentaire sous la forme d'une visite à domicile hebdomadaire par un prestataire non professionnel, et poursuivent les consultations cliniques mensuelles jusqu'à ce que leur statut change en PMNBR. Tous les nourrissons séropositifs récemment diagnostiqués et leurs mères sont orientés vers le club postnatal de la clinique VIH. Lorsque les nourrissons infectés atteignent l'âge de 18 mois, le groupe de mères sans leurs nourrissons devient un club d'observance communautaire pour adultes.

Les clubs postnatals sont un exemple de modèle de groupe géré par un agent de santé (page 5). Ils montrent comment un modèle de prestation différenciée des TAR pour un adulte stable, qui faisait déjà partie des directives nationales sud-africaines et qui était largement mis en œuvre, a été adapté aux femmes dans la période postnatale (page 19). Pour plus de renseignements sur ce modèle, veuillez consulter le site [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).

### Les trois éléments des clubs postnatals



### Les composantes de base des clubs postnatals

|       | RENOUVELLEMENTS DES TAR   | CONSULTATIONS CLINIQUES*   | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL   |
|-------|---|--|--|
| QUAND | Tous les mois jusqu'à ce le nourrisson atteigne 6 mois, puis tous les 3 mois            | Tous les 6 mois  | Tous les mois jusqu'à ce le nourrisson atteigne 6 mois, puis tous les 3 mois                     |
| OÙ    | Service SMNI à la CSP   | Service SMNI à la CSP  | Service SMNI à la CSP  |
| QUI   | Personnel infirmier SMNI  | Personnel infirmier SMNI   | Prestataire non professionnel  |
| QUOI  | Renouvellement du TAR des mères<br>Renouvellement du cotrimoxazole pour les nourrissons | Consultation clinique des mères<br>Prise de sang (tous les 6 mois) | Soins et développement du nourrisson<br>Appui à l'observance des mères<br>Environnement de pairs |

\* Décrit uniquement les composantes de base cliniques pour les mères. Les vaccins, le suivi et la répétition des tests VIH des nourrissons sont effectués conformément aux directives établies lors des consultations cliniques qui ont lieu après chaque renouvellement de groupe des TAR.



# « QUELS » services devraient être offerts ?

Si les clients stables ont des visites différentes pour les renouvellements de TAR et les consultations cliniques, avec des catégories de prestataire différentes, un programme de soins standard pour chaque type de visite doit être défini. Les besoins médicaux d'un client sous TAR seront différents au cours de sa vie, notamment lors de la transition de l'adolescence vers la vie adulte. Les femmes peuvent avoir des périodes de grossesse et d'allaitement et s'occuper d'enfants avançant dans l'âge. De nombreux clients passeront par des périodes d'instabilité économique, clinique, sociale ou autre.

## Les visites de renouvellement des TAR peuvent être combinées au soutien par les pairs ou se dérouler séparément

Les visites de renouvellement des TAR peuvent être combinées au soutien psychosocial en proposant la distribution des renouvellements de TAR dans un groupe de soutien par les pairs. Cette pratique est très répandue dans les modèles de prestation différenciée des TAR pour adolescents (voir les clubs d'adolescents, page 25, et les clubs de jeunes pages 19 et 41). Cependant, cela peut se révéler impossible ou entraver la construction de modèles de prestation différenciée des TAR. Dans de tels contextes, la population spécifique pourrait être mise en relation avec un groupe de soutien communautaire par les pairs. La planification de la prestation différenciée des TAR doit donc inclure des parties prenantes communautaires qui peuvent offrir cette prise en charge (voir page 3).

## Les clients stables ont toujours besoin de consultations cliniques

Les enfants, les adolescents et les FEA stables devraient toujours se rendre à des consultations cliniques régulières sur le VIH dans le cadre de leur programme de soins. Celles-ci devraient inclure, notamment, une prise en charge clinique complète conformément aux directives en vigueur, par ex. les directives pédiatriques, les directives pour adolescents et les directives PTME, ainsi que la prise en charge d'autres comorbidités. En réduisant la fréquence des visites cliniques, le clinicien verra moins le client, et il est donc important de garantir la qualité de la consultation clinique. Le dépistage de la tuberculose (TB) devrait être proposé lors de toutes les consultations cliniques, que le client soit « stable » ou non. Tous les clients devraient avoir accès à des services cliniques

en dehors de leur programme de prise en charge différenciée s'ils ont besoin de soins cliniques.

## L'importance de systèmes d'orientation efficaces de la part des prestataires de renouvellements des TAR et de soutien psychosocial

Lorsque les visites de renouvellement des TAR et/ou le soutien par les pairs sont proposés séparément, il est essentiel de mettre en place un système d'orientation entre le prestataire non professionnel chargé de la visite de renouvellement de traitement ou de soutien psychosocial et une clinique de traitement. Avec un contact clinique moins fréquent, les prestataires non professionnels ont une responsabilité accrue en termes de dépistage et d'orientation. Le dépistage peut être informel et reposer sur l'évaluation du bien-être par le prestataire ou sur l'autoévaluation par le client, ou plus formel et reposer sur l'utilisation d'un outil permettant de détecter les symptômes et/ou le niveau d'observance thérapeutique.

## Envisager la manière d'incorporer l'examen des résultats de la charge virale ou des CD4 dans les consultations cliniques

Les modèles de prestation différenciée des TAR nécessitent une identification efficace et une gestion en temps voulu des charges virales élevées. Les essais en laboratoire (c.-à-d. la charge virale ou, si elle n'est pas disponible, les CD4) peuvent être prélevés avant ou pendant la consultation clinique, ce qui permet d'examiner les résultats dans le cadre de la consultation clinique.

Lorsque la prise de sang a lieu pendant la consultation clinique, les clients dont les résultats sont « alarmants » doivent être rappelés. Étant donné que les clients sont déjà stables, ce rappel ne devrait concerner qu'un petit nombre de clients. Autrement, le sang du client peut être prélevé lors de la visite de renouvellement des TAR qui précède la consultation clinique, si la visite a lieu dans un établissement de santé ; sinon, le client peut se rendre dans un établissement ou un autre point de santé pour qu'on lui fasse une prise de sang avant sa consultation clinique. Les résultats pourraient ainsi être examinés dans le cadre de la consultation clinique, ce qui permettrait au clinicien d'avoir un tableau clinique complet.

## QUOI : Considérations clés

### Encadré 8 : Programmes de soins [4]

|             | RENOUVELLEMENTS DES TAR  | CONSULTATIONS CLINIQUES  | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL   |
|-------------|--|--|--|
| <b>QUOI</b> | Renouvellement des TAR<br>Contrôle de l'observance<br>Examen en vue d'une orientation éventuelle<br><b>Enfants</b> : Renouvellement de Cotrimoxazole<br>Vérification du processus de divulgation<br><b>FEA</b> : Vérification de la participation aux soins SMNI | Examen clinique conformément aux directives cliniques en vigueur<br>Essais laboratoires (tous les 6 mois)<br>Nouvelle prescription<br><b>Enfants</b> : Vérification posologique et ajustement éventuel<br><b>Adolescents</b> : Evaluation de la santé mentale (annuelle)<br><b>FEA</b> : Vérification de la participation aux soins SMNI (si ce service n'est pas intégré) | Soutien par les pairs et examen en vue d'une orientation éventuelle<br>Contrôle de l'observance<br>Aide à la divulgation à l'enfant/subséquent |



## Exemple 4 :

### Modèle familial de renouvellement des TAR au Zimbabwe [29]

#### Aperçu

Au Zimbabwe, les enfants sous traitement devaient se rendre tous les mois à des visites cliniques alors qu'une prestation différenciée des TAR était proposée aux adultes. Adoptant une approche axée sur la famille, le modèle familial de renouvellement des TAR a été élaboré à partir du modèle communautaire de renouvellement des TAR qui existait déjà.

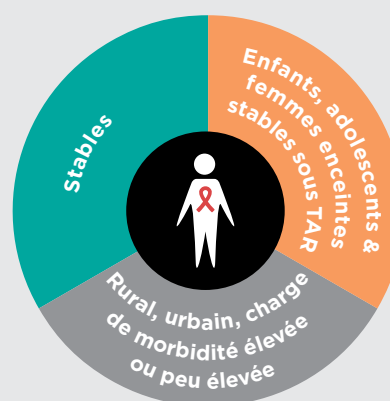
Les enfants de plus de 2 ans sans infection opportuniste, avec une charge virale de moins de 1000 copies/ml et suivant le même régime de traitement depuis au moins 6 mois peuvent désormais rejoindre leur groupe familial. Tous les 3 mois, un représentant familial va chercher les renouvellements de TAR pour tous les membres de la famille stables et sous traitement et les distribuent à domicile. Les enfants entre 2 et 5 ans sont tenus d'accompagner à chaque fois leur représentant familial et de se rendre à la consultation clinique. Lorsque l'enfant est âgé d'au moins 5 ans et prend des doses adultes, il peut assister à une consultation clinique sur deux (c.-à-d. tous les 6 mois).

Ce processus se poursuit jusqu'à l'adolescence (19 ans), où le membre de la famille est tenu de n'assister qu'à une seule consultation clinique par an. Les charges virales de tous les membres de la famille sont relevées tous les ans. Lorsqu'un membre de la famille fait déjà partie de ce modèle et qu'elle tombe enceinte, elle peut rester au sein du groupe familial de

renouvellement des TAR à condition qu'elle participe à la prise en charge SMNI séparément.

Le modèle familial de renouvellement des TAR est un exemple de prestation différenciée des TAR pour adultes stables déjà adopté par les directives nationales et adapté aux populations spécifiques. Pour plus de renseignements sur ce modèle, veuillez consulter le site [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).

#### Les trois éléments du groupe familial de renouvellement des TAR







#### Les composantes de base du groupe familial de renouvellement des TAR au Zimbabwe

|       | RENOUVELLEMENTS DES TAR                 | CONSULTATIONS CLINIQUES*                             |   | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL          |                                 |
|-------|---|--|---|-------------------------------|---------------------------------|
|       | Tous les membres de la famille          | Enfants 2-5 ans                                      | Enfants >5 ans + adolescents recevant des doses adultes | Membres de la famille adultes | Accessible aux adolescents      |
| QUAND | Tous les 3 mois                         | Tous les 3 mois                                      | Tous les 6 mois   | Tous les ans                  | Tous les mois/3 mois*           |
| OU    | À domicile                              | Cliniques de soins primaires                         |   |                               | Dans la communauté              |
| QUI   | Membre de la famille                    | Personnel infirmier                                  |   |                               | Prestataire non professionnel   |
| QUOI  | Renouvellement des TAR et cotrimoxazole | Consultation clinique<br>Prise de sang (CV annuelle) |   |                               | Groupe de soutien par les pairs |

\* Les adolescents ont accès aux CATS qui apportent un soutien psychosocial au sein de la communauté

# CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX COMPOSANTES DE BASE POUR CHAQUE POPULATION SPÉCIFIQUE

## ENFANTS

|   |   |
|---|---|
|  <b>QUAND</b>  | <p><b>Fréquence des ajustements posologiques</b><br/>La réduction de la fréquence des visites peut sembler compliquée en raison des ajustements posologiques nécessaires au fur et à mesure que les enfants grandissent, mais ces ajustements se produisent peu fréquemment après l'âge de 2 ans (voir Annexe 2 dans les Considérations clés [3]). Il suffirait pour un clinicien de voir un enfant tous les 6 mois pour détecter les changements de poids nécessitant des ajustements posologiques.</p> <p><b>Formulations des médicaments pédiatriques</b><br/>Pour que les enfants stables puissent prétendre à des renouvellements plus longs de médicaments, ils devraient idéalement prendre des granules ou des comprimés plutôt que du sirop, qui a souvent une durée de conservation plus courte et qui est plus volumineux à transporter à destination et en provenance des points de collecte par le personnel de santé et les clients. Cependant, la fréquence des visites cliniques pourrait néanmoins être réduite, même si les limites des formulations liquides nécessitent des collectes de médicaments plus fréquentes mais accélérées.</p> |
|  <b>OÙ</b>     | <p><b>Lorsqu'aucun ajustement posologique n'est nécessaire, les renouvellements de TAR peuvent être distribués en dehors des établissements tous les 3 à 6 mois, accompagnés de visites cliniques dans un établissement de santé.</b></p>   |
|  <b>QUI</b>    | <p><b>Lorsqu'aucun ajustement posologique n'est nécessaire, les prestataires non professionnels peuvent distribuer les renouvellements des TAR.</b></p>   |
|  <b>QUOI</b> | <p><b>Vérification et ajustement posologiques des TAR et du cotrimoxazole</b><br/>Les cliniciens doivent contrôler le poids réel et la prise de poids attendue au cours des 6 prochains mois et, si nécessaire, ajuster la posologie des TAR en conséquence.</p> <p><b>Aide à la divulgation et contrôle des progrès</b><br/>Il est important d'aider les aidants à divulguer aux enfants, à l'âge approprié, leur statut sérologique en vue de garantir une observance thérapeutique à long terme. Les groupes de soutien par les pairs des aidants peuvent faciliter ce processus à travers des discussions. Les visites de renouvellement des TAR et les consultations cliniques devraient être utilisées pour vérifier auprès des aidants les progrès réalisés.</p>   |

**John pense :** Et si ma femme pouvait aller récupérer les renouvellements de TAR auprès de l'agent de santé communautaire dans notre zone, au même endroit où se déroulent les tests VIH ? Le personnel infirmier qui examine et vaccine notre bébé pourrait aussi examiner ma femme quand elle en a besoin. Et je pourrais me rendre à la clinique une fois par an et ne pas manquer autant de journées de travail.



**Sofia pense :** Et si je pouvais aller récupérer mon renouvellement de TAR tous les trois mois, le samedi, dans mon groupe de soutien et ne voir mon infirmière que lors d'une visite sur deux ? Je pourrais dans l'intervalle obtenir mon traitement auprès de l'animateur du groupe. Je pourrais toujours participer au groupe de soutien un samedi, quand j'estime avoir besoin d'un soutien supplémentaire.

## ADOLESCENTS

### QUAND

#### Besoins fluctuants en matière de santé mentale et d'autoévaluation de la santé (SRH)

L'adolescence est une période au cours de laquelle les besoins mentaux et SRH fluctuent. Il serait suffisant pour un clinicien de voir un adolescent tous les 6 mois pour identifier ces besoins. Les adolescents peuvent aussi choisir de consulter un clinicien dans l'intervalle, si nécessaire.

#### Aligner le calendrier des visites sur le calendrier scolaire

La réduction de la fréquence des visites permet de planifier les visites pendant les vacances scolaires. Le Malawi et le Zimbabwe autorisent des renouvellements de TAR plus longs (6-12 mois) pour les clients qui fréquentent une école ou une université loin de chez eux. Le Rwanda propose des renouvellements de 3 mois, mais aligne les rendez-vous des adolescents sur les vacances scolaires.

### OÙ

#### Espaces adaptés aux jeunes

Les adolescents aiment les espaces qui leur sont réservés. Les heures prolongées ou les heures pendant le week-end spécialement consacrées aux adolescents contribuent à créer automatiquement un espace désigné pour les adolescents. Lorsqu'il n'est pas possible de prolonger les heures, envisagez de désigner une salle spécifique dans l'établissement réservée aux consultations cliniques et/ou à la distribution des renouvellements de TAR pour les adolescents (même si ce n'est que pour des périodes données). Lorsque les renouvellements de TAR sont distribués dans des points de collecte communautaires, envisagez également des heures de collecte réservées aux adolescents.

#### Autres environnements de soutien par les pairs

Lorsque le nombre d'adolescents sous traitement n'est pas suffisant pour former un groupe de soutien proche du domicile des clients, d'autres groupes de soutien individuel par les pairs, notamment un accès à des groupes de soutien virtuels ou à des forums de discussion, pourraient être envisagés.

### QUI

#### Possibilité d'intégrer les renouvellements de TAR aux groupes de soutien par les pairs

Il peut exister des groupes de soutien par les pairs proposés dans le cadre de la clinique, d'organisations communautaires (OC) ou d'autres programmes pour adolescents qui peuvent distribuer les renouvellements de TAR. La distribution des renouvellements de TAR pré-emballés pourrait être confiée à l'animateur du groupe OC.

### QUOI

#### Évaluation des besoins SRH

L'évaluation des besoins SRH et la planification familiale (PF) demeurent essentiels et ne doivent pas être compromis. Dans la mesure du possible, les dates de retour du PF devraient être alignées sur les dates de renouvellement des TAR. Les contraceptifs oraux peuvent être distribués avec les renouvellements des TAR.

## FEMMES ENCEINTES ET QUI ALLAIENT

### QUAND

#### La prise en charge intégrée de la SMNI et du VIH ne doit pas entraîner la réduction de la période de renouvellement des TAR

Les directives 2016 de l'OMS recommandent que la SMNI et la prise en charge du VIH pour les mères soient intégrées dans le service SMNI [5]. Cependant, cela ne veut pas dire que les renouvellements de TAR doivent uniquement couvrir la période jusqu'à la prochaine visite SMNI. La période maximale de renouvellement des TAR pourrait toujours être utilisée. Plus le nombre de visites de renouvellement de TAR et de consultations cliniques maternelles assurées par le service SMNI est réduit, plus le système de santé sera efficace et gérable, et plus il y aura de temps pour les soins prénatals, les soins postnatals et le suivi des nourrissons exposés.

### OÙ

#### Prestation des soins maternels dans le service SMNI

La prise en charge des mères séropositives devrait être intégrée aux visites de suivi des nourrissons exposés au VIH assurées par le service SMNI, notamment pour les femmes ayant commencé leur traitement pendant la grossesse qui n'ont jamais été en contact avec les services d'une clinique VIH. Voir l'exemple des clubs postnatals (page 29).

### QUI

#### La prise en charge intégrée signifie que les consultations cliniques sont assurées par le personnel infirmier du service SMNI

Les modèles de prestation différenciée des TAR pour les femmes stables qui allaitent devraient idéalement être intégrés dans la prise en charge du service SMNI où le personnel infirmier du service assure les consultations cliniques des mères séropositives. Les renouvellements des TAR devraient aussi, si possible, être distribués dans le service SMNI, de préférence par des prestataires non professionnels.

### QUOI

#### Prise en charge et contrôle de la SMNI

Lorsque les soins SMNI ne sont pas intégrés à la consultation clinique des mères séropositives, des contrôles doivent être effectués lors de la consultation clinique et de la visite de renouvellement des TAR pour s'assurer que les FEA reçoivent les soins SMNI.

# CONCLUSION



# CONCLUSION

Les principes de la prise en charge différenciée et de la prestation différenciée des TAR devraient être étendus aux populations spécifiques en vue d'améliorer leurs résultats, et de réduire les fardeaux inutiles qui pèsent sur les agents de santé et le système de santé. La prise en charge différenciée, ou la prestation différenciée des TAR, doit reposer sur le contexte local et répondre aux besoins des enfants, des adolescents et des femmes enceintes et qui allaitent.

Le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* utilise une approche en 5 étapes visant à aider les gestionnaires des programmes TAR à déterminer les changements qu'ils peuvent apporter pour différencier la prestation des TAR. Cette approche reconnaît que pour les enfants, les adolescents et les FEA notamment, la prestation des TAR devrait envisager d'inclure un soutien psychosocial assuré, de préférence, par les pairs. En suivant ces 5 étapes, une prestation des TAR de qualité et axée sur les clients peut être mise en place pour les populations spécifiques.

La prestation différenciée des TAR pour les populations spécifiques ne devrait pas se limiter aux clients qui sont cliniquement stables. On constate de plus en plus que la prise en charge différenciée peut être bénéfique pour les clients qui viennent de commencer le traitement et qui ne présentent pas de suppression virale. Une approche de prise en charge différenciée devrait aussi être adoptée tout au long du continuum des soins – avec des approches différenciées de la prévention (par ex. prestation de PPrE), des tests, du lien avec les soins, et de l'initiation du traitement.

Afin d'obtenir un résultat optimal, ce cadre doit être utilisé conjointement avec les Considérations clés [3] et les outils et pratiques exemplaires disponibles sur [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org). Vos commentaires seront les bienvenus.

Contactez-nous à l'adresse e-mail suivante : [decisionframework@iasociety.org](mailto:decisionframework@iasociety.org) et consultez le site [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org) pour de plus amples renseignements.

## Avec une prestation différenciée des TAR...



... Sofia peut se concentrer sur ses devoirs et recevoir un soutien de ses pairs.



... Miriam peut aller chercher rapidement son traitement et celui de son fils à sa clinique locale tous les trois mois.



... Andrew a constaté une amélioration de la satisfaction des clients et des résultats chez les enfants, les adolescents et les FEA.



... Nadia va chercher son traitement et celui de son mari à la pharmacie communautaire. Elle est prise en charge par une infirmière du service SMNI et son mari se rend à la clinique une fois par an pour son examen clinique.

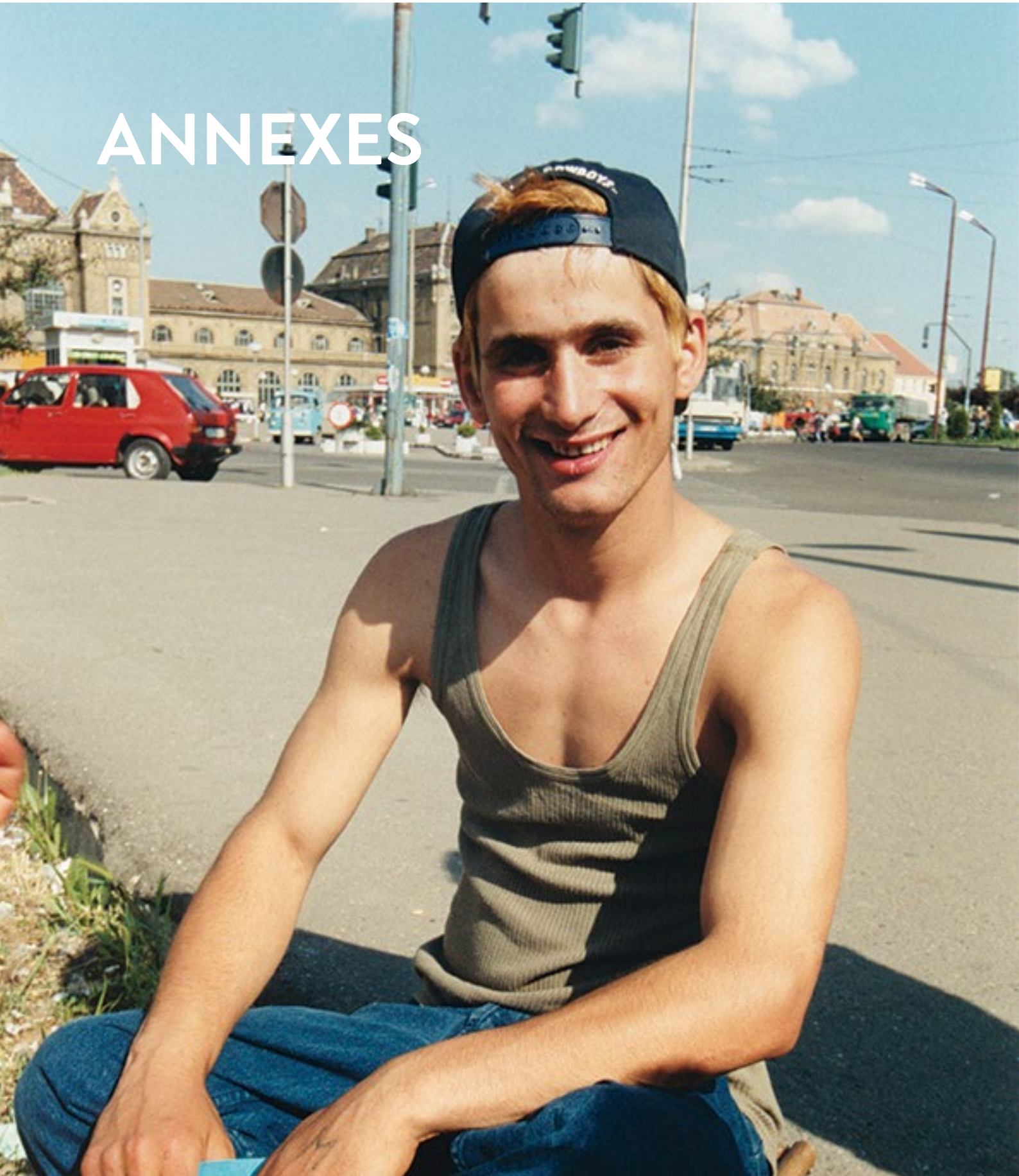
# RÉFÉRENCES

---

1. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS 2016.
2. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkrantz P, Ellman T, Ferris R, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):21484.
3. World Health Organization, International AIDS Society (IAS), CDC, USAID, PEPFAR. Key Considerations for differentiated antiretroviral therapy for specific populations: Children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Geneva: WHO 2017.
4. International AIDS Society (IAS). Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery Durban, South Africa 2016 July 2016.
5. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO 2016.
6. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, Switzerland UNAIDS 2014 October 2014.
7. Richter L. An introduction to family-centred services for children affected by HIV and AIDS. *J Int AIDS Soc*. 2010 Jun 23;13 Suppl 2:S1.
8. Richter LM, Sherr L, Adato M, Belsey M, Chandan U, Desmond C, et al. Strengthening families to support children affected by HIV and AIDS. *AIDS Care*. 2009;21 Suppl 1:3-12.
9. Myer L, Abrams EJ, Zhang Y, Duong J, El-Sadr WM, Carter RJ. Family matters: Co-enrollment of family members into care is associated with improved outcomes for HIV-infected women initiating antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014 Dec 01;67 Suppl 4:S243-9.
10. Leeper SC, Montague BT, Friedman JF, Flanigan TP. Lessons learned from family-centred models of treatment for children living with HIV: current approaches and future directions. *J Int AIDS Soc*. 2010 Jun 23;13 Suppl 2:S3.
11. Amzel A, Toska E, Lovich R, Widjono M, Patel T, Foti C, et al. Promoting a combination approach to paediatric HIV psychosocial support. *AIDS*. 2013 Nov;27 Suppl 2:S147-57.
12. Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, Holmes C, Wilkinson L, Biot M, et al. Reframing HIV care: putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Trop Med Int Health*. 2015 Apr;20(4):430-47.
13. Fox MP, Rosen S. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis 2008-2013. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;69(1):98-108.
14. Boender TS, Sigaloff KC, McMahon JH, Kiertiburanakul S, Jordan MR, Barcarolo J, et al. Long-term Virological Outcomes of First-Line Antiretroviral Therapy for HIV-1 in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2015 Nov 1;61(9):1453-61.
15. Nachega JB, Hislop M, Nguyen H, Dowdy DW, Chaisson RE, Regensberg L, et al. Antiretroviral therapy adherence, virologic and immunologic outcomes in adolescents compared with adults in southern Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 May 1;51(1):65-71.
16. Davies MA, Keiser O, Technau K, Eley B, Rabie H, van Cutsem G, et al. Outcomes of the South African National Antiretroviral Treatment Programme for children: the leDEA Southern Africa collaboration. *S Afr Med J*. 2009;99:730-7.
17. Tenthani L, Haas AD, Tweya H, Jahn A, van Oosterhout JJ, Chimbandira F, et al. Retention in care under universal antiretroviral therapy for HIV-infected pregnant and breastfeeding women ('Option B+') in Malawi. *Aids*. 2014 Feb 20;28(4):589-98.
18. UNAIDS. AIDS by numbers. Geneva, Switzerland: UNAIDS 2015.
19. World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization 2015 September 2015.
20. UNAIDS. Get on the fast-track - The life-cycle approach to HIV. Geneva: UNAIDS 2016 21 November 2016.
21. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization 2014.
22. MacPherson P, Munthali C, Ferguson J, Armstrong A, Kranzer K, Ferrand RA, et al. Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. *Trop Med Int Health*. 2015 Aug;20(8):1015-32.
23. Swaziland National AIDS Programme. National policy guidelines for community-centred models of antiretroviral therapy service delivery (CommART) in Swaziland. In: Programme SNA, editor. Mbabane, Swaziland: Ministry of Health 2016.

24. Romero-Daza N, Ruth A, Denis-Luque M, Luque JS. An alternative model for the provision of services to HIV-positive orphans in Haiti. *Journal of Health care for the Poor and Underserved*. 2009;20(4):36-40.
25. Wilkinson L, Harley B, Sharp J, Solomon S, Jacobs S, Cragg C, et al. The expansion of the Adherence Club model for stable antiretroviral therapy patients in the Cape Metro, South Africa 2011-2015. *Tropical Medicine & International Health*. 2016 June 2016;21(6):743-9.
26. Tsondai P, Wilkinson L, Henwood R, Ullauri A, Cassidy T, Tutu S, et al. Retention and viral suppression outcomes of patients enrolled in family ART adherence clubs in Cape Town, South Africa. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); Paris, France 2017.
27. Médecins Sans Frontières Khayelitsha. Youth linkage and retention interventions from HIV diagnosis to adult care transition: Report and toolkit 2016.
28. Africaid [cited 2017 31 May 2017]; Available from: <http://www.africaid-zvandiri.org/programmes-adolescent-treatment-supporters/>.
29. Ministry of Health and Child Care. Operational and service delivery manual for prevention, care and treatment of HIV in Zimbabwe. Zimbabwe 2017.
30. Bacha J, Aririguzo L, Wanless S, Ngo K, Campbell L, Shutze G. The standardized pediatric expedited encounters for ART drugs initiative: description and evaluation of an innovative pediatric ART health service delivery model in Tanzania. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); Paris, France 2017.
31. Cawley C, Nicholas S, Szumilin E, Perry S, Amoros Quiles I, Masiku C, et al. Six-monthly appointments as a strategy for stable antiretroviral therapy patients: evidence of its effectiveness from seven years of experience in a Médecins Sans Frontières supported programme in Chiradzulu district, Malawi 21st International AIDS Conference (AIDS 2016); Durban, South Africa 2016.
32. Tsondai PR, Wilkinson L, Grimsrud A, Mdlalo PT, Ullauri A, Boule A. High rates of retention and viral suppression in the scale-up of antiretroviral therapy adherence clubs in Cape Town, South Africa. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(Suppl 4).
33. Venables E, Towriss C, Rini Z, Nxiba X, Solomon S, Cassidy T, et al. "If I'm not in the club, I have to move from one chair to another." A qualitative evaluation of patient experiences of adherence clubs in Khayelitsha and Gugulethu, South Africa. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); Paris, France 2017.

# ANNEXES





# ANNEXE 1 :

---

## Annexes disponibles en ligne pour faciliter la mise en œuvre

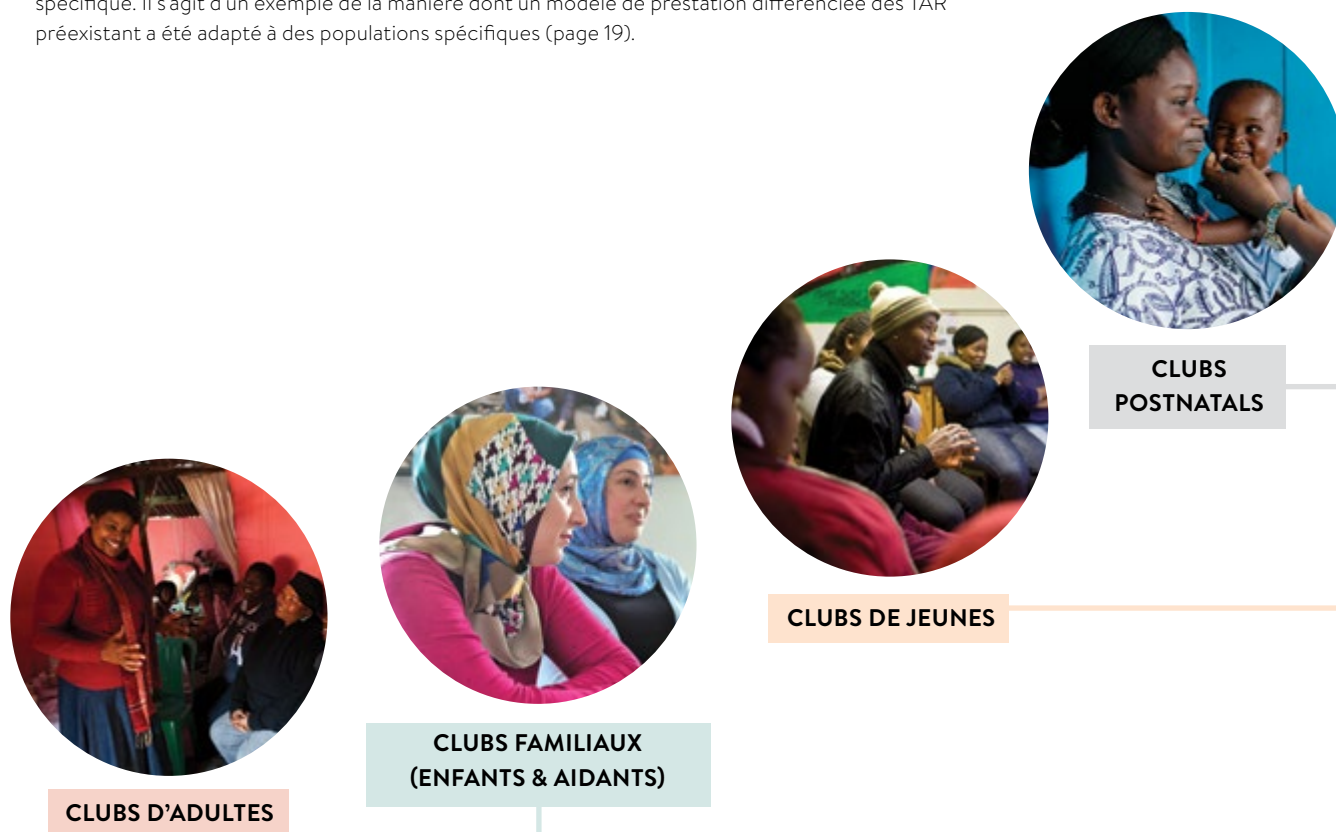
Disponibles sur at [www.differentiatedcare.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes](http://www.differentiatedcare.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes) (<http://bit.ly/2sVehV5>)

- Annexe en ligne 1 : Modèle pour recenser les exemples communs de prestation différenciée des TAR au niveau national
- Annexe en ligne 2: Questionnaire à remplir par l'établissement pour une évaluation de base de la prestation différenciée des TARR
- Annexe en ligne 3 : Modèle pour évaluer les politiques applicables en matière de prestation différenciée des TAR
- Annexe en ligne 4 (word) : Questionnaire ARASA/ITPC pour évaluer les points de vue des personnes vivant avec le VIH et des agents de santé sur la prestation différenciée des TAR
- Annexe en ligne 4 (PDF) : Questionnaire ARASA/ITPC pour évaluer les points de vue des personnes vivant avec le VIH et des agents de santé sur la prestation différenciée des TAR
- Annexe en ligne 5 : Considérations pour d'autres groupes de clients
- Annexe en ligne 6: Aperçu de la mécanique des modèles – le « comment »

## ANNEXE 2 :

### Adaptations du modèle de club d'observance des TAR aux populations spécifiques

Dans la province sud-africaine du Western cape, les clubs d'observance pour adultes ont été adaptés aux familles, aux jeunes et aux femmes pendant la période postnatale. Chacune des composantes de base (Partie 5) a été révisée en vue de répondre aux besoins de la population spécifique. Il s'agit d'un exemple de la manière dont un modèle de prestation différenciée des TAR préexistant a été adapté à des populations spécifiques (page 19).



### Composantes de base des clubs d'observance pour adultes

**Critères des clubs d'observance :** 6m sous TAR + 1 CV <400 copies/ml + pas de condition clinique nécessitant un suivi plus étroit





|       | RENOUVELLEMENTS DES TAR*                              | CONSULTATIONS CLINIQUES                       | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL*  |
|-------|---|---|--|
| QUAND | Tous les 2 à 4 mois                                   | Tous les ans                                  | Tous les 2 à 4 mois  |
| OÙ    | Cliniques de soins primaires ou locaux communautaires | Cliniques de soins primaires                  | Cliniques de soins primaires ou locaux communautaires            |
| QUI   | Prestataires non professionnels                       | Personnel infirmier                           | Prestataires non professionnels                                  |
| QUOI  | TAR pré-emballé<br>Dépistage rapide des symptômes     | Consultation clinique<br>Prise de sang (CV)** | Groupe de soutien par les pairs avec animateur (25 à 30 clients) |

\* Dans le modèle de club d'observance, les renouvellements des TAR et le soutien psychosocial sont proposés lors de la même visite et la consultation clinique a lieu immédiatement après l'une des visites de renouvellement des TAR.

\*\* Les prises de sang sont pratiquées par le personnel infirmier lors de la visite de renouvellement des TAR précédente.




## Composantes de base des clubs d'observance pour les femmes post-partum

**Critères des clubs d'observance :** Toutes les femmes post-partum séropositives sous TAR

|  | RENOUVELLEMENTS DES TAR   | CONSULTATIONS CLINIQUES   | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL  |
|--|---|---|---|
|  <b>QUAND</b> | Tous les mois pendant les 6 premiers mois ; puis tous les 3 mois  | Tous les mois pendant les 6 premiers mois ; puis tous les 3 mois  | Tous les mois pendant les 6 premiers mois ; puis tous les 3 mois  |
|  <b>OÙ</b>    | Service SMNI à la clinique de soins primaires   | Service SMNI à la clinique de soins primaires   | Service SMNI à la clinique de soins primaires   |
|  <b>QUI</b>   | Prestataire non professionnel   | Personnel infirmier SMNI  | Prestataire non professionnel   |
|  <b>QUOI</b>  | TAR pré-emballé<br>Dépistage rapide des symptômes<br>Renouvellement de Cotrimoxazole pour le nourrisson | Consultation clinique SMNI<br>Test HIV du nourrisson<br>Consultation clinique des mères séropositives (tous les 6 mois)<br>Prise de sang (CV – tous les 6 mois) | Groupe de soutien par les pairs avec animateur (6 à 12 PMN)<br>Séance de counseling<br>Conseils sur les soins et le développement du nourrisson |





## Composantes de base des clubs d'observance pour les adolescents

**Critères des clubs d'observance :** 12-25 ans + pré-TAR inadmissibles/TAR récemment initié/stables sous TAR (12m sous TAR + 2 CL <400 copies/ml + pas de condition clinique nécessitant un suivi plus étroit).

|   | RENOUVELLEMENTS DES TAR  | CONSULTATIONS CLINIQUES  | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL   |
|---|--|--|--|
|  <b>QUAND</b> | Tous les mois pendant les 6 premiers mois ; puis pareil que les adultes  | Même calendrier que celui des renouvellements de TAR pour les clients récemment mis sous traitement (pas encore stables) | Tous les mois pendant les 6 premiers mois ; puis pareil que les adultes  |
|  <b>OÙ</b>   | Cliniques de soins primaires   | Cliniques de soins primaires   | Cliniques de soins primaires   |
|  <b>QUI</b>  | Prestataire non professionnel formé à la prise en charge des jeunes  | Personnel infirmier  | Prestataire non professionnel formé à la prise en charge des jeunes  |
|  <b>QUOI</b> | TAR pré-emballé<br>Dépistage rapide des symptômes<br>PF assurée par le personnel infirmier de l'établissement<br>Prise de sang (CL – tous les ans) | Consultation clinique<br>Prise de sang (CL)  | Groupe de soutien par les pairs avec animateur (18-22 clients)<br>Séance de counseling<br>Activités interactives |

## Composantes de base des clubs d'observance pour les familles

**Critères des clubs d'observance :** Enfant (>5 ans) + 12m sous TAR + 2 CL <400 copies/ml + pas de condition clinique nécessitant un suivi plus étroit. Si l'aidant est sous TAR = répond aux critères des adultes stables.

|  | RENOUVELLEMENTS DES TAR  | CONSULTATIONS CLINIQUES                               | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL  |
|--|--|---|---|
|  <b>QUAND</b> | Tous les 2 à 4 mois  | Tous les mois   | Tous les 2 à 4 mois   |
|  <b>OÙ</b>    | Cliniques de soins primaires   | Cliniques de soins primaires                          | Cliniques de soins primaires  |
|  <b>QUI</b>   | Prestataires non professionnels  | Personnel infirmier                                   | Prestataires non professionnels   |
|  <b>QUOI</b>  | TAR pré-emballé<br>Dépistage rapide des symptômes<br>Vérification du dosage<br>Prise de sang (CL tous les ans) | Consultation clinique<br>Prise de sang (CL) draw (VL) | Groupe de soutien par les pairs avec animateur (25-30 clients)<br>Aide à la divulgation |





## ANNEXE 3 :

### Adaptations du modèle « Community Adolescent Treatment Supporters » visant à inclure le renouvellement des TAR





Au Zimbabwe, le modèle « Community Adolescent Treatment Supporters » (CATS) d'Africaid offre un soutien psychosocial aux enfants, aux adolescents et aux jeunes gens vivant avec le VIH. Pour répondre aux besoins des adolescents, le manuel de prestation de services 2017 préconise des renouvellements de TAR dans des groupes d'adolescents basés dans les établissements, y compris les CATS, lors des visites de renouvellement des TAR. Cet exemple montre comment mettre à profit une intervention de soutien psychosocial existante au sein d'un modèle de prestation différenciée des TAR (page 21).

Avant la prestation différenciée des TAR, il n'existait pas de lien direct entre les services cliniques et le soutien psychosocial.

#### Composante de base de la prise en charge des adolescents séropositifs au Zimbabwe avant 2017

|   | RENOUVELLEMENTS DES TAR & CONSULTATIONS CLINIQUES  | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL                              |
|---|--|---|
|  <b>QUAND</b>  | Tous les 1 - 3 mois  | Selon les besoins                                 |
|  <b>OÙ</b>    | SSP  | Communauté, en dehors de l'établissement de santé |
|  <b>QUI</b>  | Personnel infirmier et conseiller principal  | Groupe d'adolescents CATS                         |
|  <b>QUOI</b> | Renouvellements des TAR et cotrimoxazole<br>Éducation sur la SRH et services aux adolescents | Soutien par les pairs                             |

#### Composante de base des renouvellements dans les groupes d'adolescents CATS au sein de l'établissement après 2017

|  | RENOUVELLEMENTS DES TAR   | CONSULTATIONS CLINIQUES  | SOUTIEN PSYCHOSOCIAL  |
|--|---|--|---|
|  <b>QUAND</b> | Tous les 3 mois   | Tous les 6 mois  | Tous les 3 mois*  |
|  <b>OU</b>    | SSP   | SSP  | SSP avec visites supplémentaires dans la communauté, en dehors de l'établissement de santé                              |
|  <b>QUI</b>   | Conseiller principal/CATS   | Personnel infirmier  | CATS  |
|  <b>QUOI</b>  | Renouvellements des TAR et de cotrimoxazole<br>Examen en vue d'une orientation éventuelle | Consultation clinique<br>Services SSP<br>Prise de sang (Tous les ans pour la CV) | Soutien par les pairs<br>Éducation sur la SRH<br>Contrôle de l'observance<br>Examen en vue d'une orientation éventuelle |

\* Plus fréquemment en dehors du modèle et selon les besoins.

## REMERCIEMENTS SPÉCIAUX

---

Nous souhaiterions remercier toutes les personnes et les organisations qui ont apporté leurs conseils, leurs commentaires et leur soutien tout au long de l'élaboration du *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques*.


Merci au Groupe de travail technique pour son soutien et ses commentaires précieux – Tom Ellman (MSF), Peter Ehrenkranz (BMGF), Robert Ferris (USAID), Nathan Ford (OMS), Anna Grimsrud (IAS), Maureen Murenga (ICW), Kevin Osborne (IAS), Annette Reinisch (Global Fund), George Siberry (OGAC) et Isaac Zulu (CDC). Merci aussi à Gloria Anyalechi (CDC), à Laura Broyles (CDC), à Helen Bygrave (consultante), à Meena Srivastava (USAID) et à David Sullivan (USAID) pour leurs commentaires.

Merci à tous les participants de la Consultation de l'OMS sur les *Modèles de Prestation de Services Différenciée en Matière de VIH pour des Populations et des Environnements Spécifiques*, notamment nos collègues de l'OMS, Meg Doherty, Nathan Ford et Shaffiq Essajee.

Merci à Lynne Wilkinson pour avoir rédigé le *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* et à Tara Mansell et à Nelli Bazarova de l'IAS. Merci aussi aux Youth Champions for Differentiated Care et à leurs organisations respectives, notamment Shanine Mushonga (Africaid, Zimbabwe), Prosper Ndlovu (Wits Reproductive Health and HIV Institute, Afrique du Sud), Arnold Mwakalindo (Family Health Options Kenya, Kenya), Lynda Sichali (Youth and Society, Malawi) et Lilian Benjamin (Tanzania Youth Alliance, Tanzanie). Merci à l'Adolescent Treatment Coalition, et notamment à Carlo André Oliveras Rodríguez.

Un merci tout particulier aux organisations qui ont contribué au contenu du *Cadre Décisionnel pour les populations spécifiques* et en particulier à Africaid, Baylor, à MSF, à YouthLEAD, à l'OMS et aux ministères de la santé du Malawi, de la Namibie, d'Afrique du Sud, du Swaziland, de la Zambie et du Zimbabwe.

Merci à la Fondation Bill & Melinda Gates pour son soutien financier.

A photograph of a woman with dark skin and hair, wearing a light-colored t-shirt, holding a baby wrapped in a red and white checkered cloth. She is looking off to the side with a serious expression. The background is slightly blurred, showing what appears to be an indoor setting with a white wall and a doorway.

## **PRISE EN CHARGE DIFFERENCIÉE DU VIH : CADRE DÉCISIONNEL POUR LA PRESTATION DIFFERENCIÉE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX**

**Pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent**

---

Publié par : International AIDS Society (IAS)  
Contact : [decisionframework@iasociety.org](mailto:decisionframework@iasociety.org)  
Paris, France. Juillet 2017.

Droit d'auteur : Nous donnons la permission de photocopier ou de reproduire des extraits du présent ouvrage à condition de citer clairement et correctement la source.

Crédits photos dans l'ordre où elles apparaissent dans le document : Kate Holt/JHPIEGO & MCSP; Ali Khurshid/Lighthouse Photography & MCSP; Amar Nath Dutta/Photoshare; Karen Kasmauski/MCSP; Aimee Centivany/Photoshare; Lana Abramova/MSF; Wendy Tactuk/CapacityPlus & IntraHealth International; Mike Jay Browne/Photoshare; et Karen Kasmauski/MCSP & Jhpiego.

Les photos contenues dans le présent ouvrage sont utilisées à titre d'illustration uniquement ; elles n'impliquent aucun état de santé particulier, comportement, attitude ou action de la part de toute personne apparaissant sur les photos.

Conception : Design for development, [www.d4d.co.za](http://www.d4d.co.za)



Des versions complémentaires de la série des cadres décisionnels visant d'autres populations spécifiques, y compris les hommes et les populations clés, d'autres parties de la cascade du traitement et des contextes différents seront élaborées.

## Découvrez comment ces personnages vont trouver des solutions aux défis communs de la prise en charge du VIH

Je dois aller à l'école et je dois marcher longtemps pour me rendre à la clinique.



Sofia, une adolescente

Je dois améliorer les résultats de rétention dans mon district.



Andrew, un gestionnaire de district du programme TAR

Je dois me rendre dans des lieux différents pour mon traitement et celui de mon fils.



Miriam & Joe, Mère et enfant

Je me sens en bonne santé et j'ai besoin de travailler et ma femme est très occupée avec notre bébé.



John, Nadia & Noah, parents et bébé