



PRISE EN CHARGE
DIFFÉRENCIÉE DU HIV :

CADRE DÉCISIONNEL POUR LA PRESTATION DE TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX

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



A woman wearing a purple knitted hat and a white t-shirt is sitting in a red armchair. She is holding a small green object in her hands. The room has a patterned curtain on the left and a table with oranges and other items in the foreground. The walls are made of a textured material, possibly mud or plaster.

Prise en charge différenciée : Pertinente à l'échelle mondiale, pertinente et urgente en Afrique sub-saharienne.

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

Le présent *structure décisionnel* se consacre à la prestation des traitements antirétroviraux (TAR) en Afrique sub-saharienne. Les concepts présentés ici s'appliquent à un public mondial. Des versions complémentaires portant sur d'autres parties de la cascade du traitement, les sous-populations spécifiques et d'autres contextes seront élaborées ultérieurement. **Cette étape est la première.**

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iv
Défis communs : pourquoi il est temps d'aborder différemment la prestation de services	1
PARTIE 1 : INTRODUCTION	2
Qu'est-ce que la prise en charge différenciée du VIH ?.....	3
Objectifs du cadre décisionnel.....	4
Quels sont les principes fondamentaux de la prise en charge différenciée ?.....	4
Accent mis sur la prestation différenciée des TAR et les clients stables.....	5
Pourquoi avons-nous besoin de différencier la prestation des TAR ?.....	6
Quatre modèles généraux de prestation différenciée des TAR	7
PARTIE 2 : CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFERENCIÉE DE TAR	8
L'approche en 5 étapes de la prestation différenciée des TAR.....	9
PARTIE 3 : QUELS SONT LES TROIS ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ?	14
Les trois éléments	15
Comment différencier en fonction des caractéristiques cliniques ?	16
Comment différencier en fonction de la sous-population ?	17
Comment différencier en fonction du contexte ?	18
Résumé des trois éléments	19
PARTIE 4 : LES COMPOSANTES DE BASE DE LA PRESTATION DIFFERENCIÉE DE TAR.....	20
Les composantes de base.....	21
« QUAND » les TAR sont-ils dispensés ?	22
« OÙ » les TAR sont-ils dispensés ?	24
« QUI » assure la prestation différenciée des TAR ?	26
« QUELS » services devraient être offerts ?	28
PARTIE 5 : CONCLUSION	30
Foire aux questions (FAQs).....	32
Remerciements spéciaux	34
Références	35
ANNEXES	36

LISTE DES ÉTUDES DE CAS

1 Clubs d'observance thérapeutique (COT), Kenya	16
2 Clubs d'adolescents, Swaziland	17
3 Clinique de réduction des méfaits, Maurice	17
4 « Points de distribution communautaires » (PODI), Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC)	18

LISTE DES EXEMPLES

1 Clubs d'observance (CO), Afrique du Sud.....	23
2 Points de distribution communautaires de médicaments (PDCM), Ouganda	25
3 Groupes communautaires de renouvellement des TAR (GCRT), Zimbabwe	27
4 Espacement des rendez-vous et renouvellements « accélérés » des TAR, Malawi	29

ABRÉVIATIONS

ARV	Antirétroviral	ONG	Organisation non-gouvernementale
AS	Agent de santé	PDCM	Point de distribution communautaire des médicaments (Ouganda)
CDC	Centre pour le contrôle et la prévention Des maladies (USA)	PEPFAR	Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le SIDA (USA)
CDF	Combinaison à dose fixe	PID	Personnes qui s'injectent des drogues
CO	Clubs d'observance (Afrique du Sud)	PODI	Points de distribution communautaires (DRC)
COMI	Comorbidité ou co-infection	POS	Procédures opérationnelles standards
COT	Club d'observance thérapeutique (Kenya)	PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
CV	Charge virale	PVHIV	Personne vivant avec le VIH
DME	Dossier médical électronique	S&E	Suivi et évaluation
FAQ	Foire aux questions	TAR	Traitement antirétroviral
GCRT	Groupes communautaires de renouvellement des TAR (Zimbabwe)	TASO	The AIDS Support Organization (Ouganda)
GCT	Groupes communautaires TAR	TG	Transgenre
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	TS	Travailleur du sexe
IAS	International AIDS Society	UNAIDS	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
IO	Infection opportuniste	USAID	United State Agency for International Development
MSF	Médecins Sans Frontières		
OMS	Organisation mondiale de la santé		

RÉSUMÉ



Client

Je dois marcher très longtemps pour me rendre à la clinique et en plus, je dois aller chercher mon TAR tous les mois – mais je me sens bien et je dois me rendre dans d'autres endroits.



Gestionnaire nationale du TAR

Nous devons atteindre 90-90-90 et appliquer la recommandation « traiter tout le monde ». Comment allons-nous y parvenir avec les ressources dont nous disposons ?

Ces préoccupations exprimées par un client et une gestionnaire du programme TAR dictent la façon dont nous continuons à intensifier la prestation des services liés aux TAR à travers le monde. 36.7 millions de personnes vivent avec le VIH et 17 millions sont sous TAR. Avec l'introduction de la recommandation de « traiter tout le monde » publiée en 2015 par l'OMS qui préconise d'étendre le traitement antirétroviral à toute personne séropositive, les systèmes de santé, qui sont déjà soumis à une pression extrême en raison du manque de ressources financières et humaines, devront revoir la prestation des soins associés aux TAR.

La prise en charge différenciée vise à fournir un cadre pour réévaluer cette prestation de services. **La prise en charge différenciée est une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter la cascade des services liés au VIH 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. La prise en charge différenciée permet au système de santé de recentrer les ressources sur ceux qui en ont le plus besoin.**

Au cours des dix dernières années, plusieurs stratégies novatrices visant à améliorer la rétention et l'observance des TAR ont été documentées. Ces adaptations programmatiques ont été décrites comme des moyens de « différencier » la manière dont les TAR sont dispensés. Ce Cadre Décisionnel se consacre à la prestation **différenciée des TAR**, et plus particulièrement aux modèles de services pour les clients stables. Le cadre vise à aider les gestionnaires de programmes VIH, aux niveaux nationaux et de district, à élaborer des

modèles de prestation de TAR et à les guider sur la manière de définir l'ordre de priorité de la mise en œuvre de la prestation différenciée de TAR en vue de trouver des solutions aux défis programmatiques locaux spécifiques. Ce Cadre Décisionnel est complété par un recueil d'outils et de pratiques exemplaires disponible en ligne sur www.differentiatedcare.org.

La Partie 1 donne un aperçu de la prise en charge différenciée, et explique pourquoi le Cadre Décisionnel se concentre sur la prestation des TAR et sur les modèles de clients stables. 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 des spécificités de leur propre contexte. La Partie 3 décrit brièvement les « éléments » clés d'un client, notamment ses caractéristiques cliniques, sa sous-population et son contexte. Les « composantes de base » de la prestation de services sont présentées dans la Partie 4 à l'aide d'exemples illustratifs. La Partie 5 apporte une conclusion ainsi que des réponses à des questions sur la prestation différenciée des TAR.

Pour mettre en œuvre la recommandation « traiter tout le monde », la communauté du VIH doit désormais agir différemment. Un soutien coordonné de la part des donateurs et des organismes de mise en œuvre est nécessaire pour relever ce défi. Nous espérons que ce Cadre Décisionnel servira de guide pratique sur la manière d'aborder différemment la prestation de services en vue de fournir à nos clients des services liés au VIH de qualité, quand, où et comme ils le veulent.

« Je pense que nous pouvons mettre fin au VIH d'ici 2030 si nous travaillons ensemble en harmonie et sans discrimination. »

- Jacquelyne Alesi, PVVIH, Ouganda

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



PERSPECTIVE DU CLIENT



Pourquoi dois-je faire la queue pour voir une infirmière et faire la queue à la pharmacie si je viens uniquement pour chercher le renouvellement de TAR ?

Pourquoi les nouveaux clients, les clients malades et les clients qui adhèrent au traitement se rendent-ils tous à la clinique à la même fréquence ?



Si je dois parcourir un tel chemin pour me rendre à la clinique, pourquoi ne puis-je pas récupérer en même temps le traitement des autres membres de ma communauté ?

Comment pouvons-nous proposer un TAR à toutes les personnes séropositives en l'absence de ressources supplémentaires ?



PERSPECTIVE DE L'AGENT DE SANTÉ

Pourquoi devrais-je continuer à prendre le traitement si je me sens en bonne santé et que la clinique est remplie de gens malades ?

Comment vais-je prodiguer des soins de qualité à 100 clients aujourd'hui ?



Comment vais-je faire pour garder mon travail si je dois passer un jour par mois à la clinique ?

Pourquoi les nouveaux clients, les clients malades et les clients qui adhèrent au traitement se rendent-ils tous à la clinique à la même fréquence ?





PARTIE 1

INTRODUCTION

QU'EST-CE QUE LA PRISE EN CHARGE DIFFÉRENCIÉE DU VIH ?

Au cours des 15 dernières années, des stratégies novatrices visant à améliorer la rétention et l'observance du traitement ont été mises à l'essai. Dans de nombreux pays à prévalence élevée, les partenaires chargés de la mise en œuvre ont appuyé des modèles de prestation différenciée des TAR destinés essentiellement aux clients stables. Pour soutenir une mise en œuvre coordonnée et renforcée, les programmes nationaux devront donner des directives sur la prestation différenciée de TAR, approuver des politiques favorables et donner la priorité à la prestation différenciée de TAR.

Élaboré dans le cadre de consultations techniques et communautaires, l'énoncé suivant résume la définition de la prise en charge différenciée :

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 la cascade des services liés au VIH 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. La prise en charge différenciée permet au système de santé de recentrer les ressources sur ceux qui en ont le plus besoin.

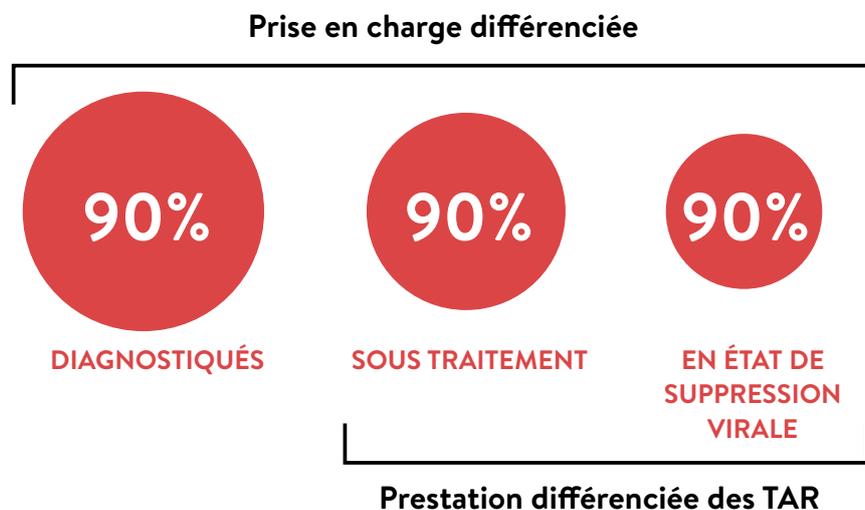
La prise en charge différenciée vise à améliorer la qualité de l'expérience du client en mettant le client au cœur de la prestation de services tout en s'assurant que le système de santé fonctionne de manière efficace et responsable sur le plan médical. L'adaptation de la prestation de services repose sur les besoins du client.

À partir de là, on doit aussi tenir compte des populations spécifiques auxquelles appartiennent les clients (par ex. femmes enceintes, adolescents, hommes, populations clés) et des contextes dans lesquels ils cherchent à accéder aux soins (par ex. environnement urbain ou rural, situation de conflit). Ces éléments sont décrits plus en détail dans la Partie 3.

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

La prestation différenciée des TAR est une composante de la prise en charge différenciée. Les principes de la prise en charge différenciée sont présentés dans le Cadre Décisionnel dans le contexte de la prestation des TAR (Figure 1). Ceci étant dit, la prise en charge différenciée s'applique à tout le continuum des soins du VIH et aux trois composantes de la cible 90-90-90 (90% des personnes vivant avec le VIH devraient connaître leur statut, 90% des personnes qui connaissent leur statut devraient être sous TAR, et 90% des personnes sous traitement devraient être en état de suppression virale) (1). Autrement dit, la prise en charge différenciée est complète : du test des personnes ne connaissant pas leur statut VIH à la suppression virale des clients séropositifs participant aux programmes de soins. Par ailleurs, en plus du VIH, la prise en charge différenciée devrait être exploitée dans d'autres conditions chroniques. Les PVVIH souffrant de comorbidités chroniques pourraient obtenir de meilleurs résultats en matière de santé si les services de santé qu'ils reçoivent en dehors du VIH étaient incorporés dans leur modèle de prise en charge différenciée du VIH.

Figure 1 : Le concept de la prise en charge différenciée s'applique à tout le continuum des soins du VIH



La prise en charge différenciée s'applique à tout le continuum des soins du VIH. Le présent Cadre Décisionnel se consacre à la prestation différenciée des TAR

OBJECTIFS DU CADRE DÉCISIONNEL

Les objectifs du cadre décisionnel pour une prestation différenciée de TAR sont de :

- **Contextualiser** les principes de prise en charge différenciée et de prestation différenciée des TAR;
- Proposer de **nombreux exemples** de prestation différenciée de TAR;
- Apporter des conseils sur la manière **d'établir l'ordre de priorité** des éléments de la prise en charge différenciée à mettre en œuvre dans un contexte donné.

Le cadre est destiné à la fois aux gestionnaires de programmes régionaux et districaux et, le cas échéant, aux partenaires chargés de la mise en œuvre, aux donateurs et autres parties prenantes qui appuient ou collaborent avec le programme national de traitement antirétroviral.

Le Cadre Décisionnel est complété par un recueil d'outils et de pratiques exemplaires disponible en ligne sur www.differentiatedcare.org. Les outils disponibles sur le site Web décrivent des exemples de pratiques exemplaires dans le domaine de la prestation différenciée de TAR, ainsi que des outils pratiques d'appui à la mise en œuvre (par ex. des procédures opérationnelles standards, des outils professionnels, des outils S&E, du matériel de formation).

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

Prise en charge axée sur les clients

Le principe de base de la différenciation de la prise en charge consiste à fournir des TAR d'une manière qui prend en compte les 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.

Efficacité des systèmes de santé

La population de PVVIH ayant des besoins de plus en plus diversifiés, on reconnaît désormais que les systèmes de santé devront s'adapter et changer leur approche « uniforme ». 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 stables à réduire la fréquence et l'intensité de leurs interactions avec le système de santé.

Les principes directeurs de la prestation différenciée de TAR du Programme national de lutte contre le SIDA du Swaziland sont décrits dans l'annexe 1.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 1 : Recommandations relatives à la prise en charge axée sur les clients

« 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. » (2)

Jusqu'à présent, la plupart des services associés aux TAR se présentent sous forme de services autonomes verticaux. Cependant, compte tenu de la cohorte de clients croissante et vieillissante, une approche plus intégrée est nécessaire pour que les clients puissent bénéficier d'un état de suppression virale prolongé.



Je dois marcher très longtemps pour me rendre à la clinique.

Mary, une cliente

Faites la connaissance de Mary à la page 13

ACCENT MIS SUR LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DE TAR ET LES CLIENTS STABLES

Le Cadre Décisionnel pour la prestation de TAR est axé spécifiquement sur les clients qui sont sous traitement. Le présent document met l'accent sur les modèles différenciés de prestation de TAR pour les clients stables.

Différencier la prestation de TAR

Bien que les principes de la prise en charge différenciée s'appliquent à toute la cascade du traitement VIH et s'étendent aussi à d'autres maladies (Figure 1), il existe une forte dynamique et de nombreuses orientations politiques et preuves pour intensifier la mise en œuvre de la prestation différenciée de TAR pour les clients stables. Alors que les cohortes de patients sous traitement antirétroviral ont évolué, un nombre croissant de personnes participant aux programmes de traitement sont en état de suppression virale et ne nécessitent pas un suivi clinique et de laboratoire fréquent. La révision des modèles de prestation pour les clients stables permettra d'améliorer leur rétention et leur suppression virale. Par ailleurs, en réduisant le fardeau clinique des clients stables, ces ressources peuvent être réaffectées aux clients qui en ont le plus besoin.

Le Cadre Décisionnel pour la prestation de TAR met en évidence des modèles différenciés de prestation de TAR pour les clients stables qui sont agrémentés d'exemples provenant d'environnements caractérisés par une prévalence élevée et des ressources limitées en Afrique sub-saharienne. Des précisions sur la manière de définir un client stable sont fournies sur cette page. La majorité des exemples documentés de prestation différenciée de TAR concernent les clients stables. Par ailleurs, et conformément à la charge de morbidité, les preuves proviennent d'environnements à prévalence élevée en Afrique sub-saharienne. Dans cette optique, nous avons élaboré cette structure qui peut être utilisée pour des adaptations futures. Autrement dit, il s'agit de la première étape.

Des versions complémentaires de ce document portant sur d'autres parties de la cascade du traitement (par ex. le dépistage et le lien avec les soins, l'initiation du traitement), les sous-populations spécifiques (par ex. les adolescents) et d'autres contextes (par ex. les environnements à faible prévalence) seront élaborées ultérieurement. La prise en charge différenciée pourrait s'avérer la plus prometteuse pour les groupes de clients qui enregistrent actuellement des résultats décevants. Une science plus approfondie de la mise en œuvre est nécessaire pour comprendre la manière dont les modèles de prestation pourraient améliorer les résultats pour les groupes de clients mal desservis.

Définition d'un client « stable »

On entend par clients stables les PVVIH qui reçoivent un traitement auquel elles adhèrent et qui ne nécessitent pas de consultations cliniques fréquentes. Cependant, la définition d'un client « stable » varie en fonction des TAR mis en œuvre. Elle dépend de l'accès aux ressources, telles que le suivi régulier de la charge virale, et a été débattue lors du processus d'élaboration des lignes directrices de l'OMS.

Dans ses lignes directrices unifiées de 2016, l'OMS a publié la définition suivante d'un client stable :

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 2 : Définition d'un individu stable

« Les individus stables sont définis comme des personnes ayant reçu un traitement antirétroviral pendant au moins un an et qui ne présentent aucune réaction adverse aux médicaments nécessitant un suivi régulier, ne souffrent d'aucune maladie, ne sont pas enceintes, n'allaitent pas au sein, ont une bonne compréhension de l'observance du traitement à vie et présentent des signes de succès thérapeutique (c.-à-d. deux mesures consécutives de charge virale inférieures à 1000 copies/mL). En l'absence de suivi de la charge virale, d'augmentation du nombre de cellules CD4 ou d'un taux de CD4 supérieur à 200 cellules/mm³, une mesure d'observance objective peut être utilisée pour indiquer le succès thérapeutique. » (2)

Voici des exemples moins stricts de définitions de « stable ». Par exemple, au Zimbabwe et en Afrique du Sud, les clients peuvent prétendre à une prestation différenciée de TAR dès la première suppression de leur charge virale, 3 à 6 mois après le début du TAR. Dans les modèles différenciés de prestation de TAR de l'AIDS Support Organization (TASO) en Ouganda, les clients peuvent y prétendre après seulement 10 semaines sous TAR (voir page 25).

La plupart des définitions de « stable » incluent une durée minimale de TAR et une mesure d'observance ou de succès thérapeutique. Il est recommandé d'établir une définition de base que les critères pourront ensuite être adaptés par les districts et les établissements. Par exemple, la définition de base pourrait inclure des clients sous traitement depuis au moins un an et pourrait être ramenée à six mois si le client est un état de suppression virale.

POURQUOI DEVONS-NOUS DIFFÉRENCIER LA PRESTATION DE TAR ?

1. Pour améliorer la vie des clients

Avant tout, la prestation différenciée des TAR peut améliorer la qualité des soins et l'accès au traitement pour les PVVIH. 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 sont confrontées de nombreuses PVVIH lorsqu'elles accèdent aux services liés au VIH. La prestation différenciée de TAR répond aux besoins des PVVIH et contribue souvent à l'augmentation de niveaux d'observance, de satisfaction et d'autonomisation des clients (3).

2. Pour améliorer les efficacités 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 sont aussi nécessaires pour parvenir à un état de suppression virale. Les données sur la rétention provenant de nombreux pays montrent que les programmes TAR à l'échelle mondiale font face à d'importants problèmes pour maintenir les clients en état de suppression virale (5) sous traitement (4). Les données issues d'endroits où une prestation différenciée de TAR a été adoptée soulignent 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 de l'UNAIDS (Figure 1) (6, 7).

Lorsque les TAR ont été introduits pour la première fois dans les pays à ressources limitées, la majorité des clients n'avaient

jamais reçu de traitement et présentaient un stade avancé de la maladie. Par ailleurs, les soins étaient administrés de la même manière pour tous les clients, indépendamment de la durée du traitement, des comorbidités ou autres besoins médicaux intercurrents.

3. Pour « traiter tout le monde »

À travers le monde, 36.7 millions de personnes vivent avec le VIH et 17 millions de personnes sont sous traitement antirétroviral (8). Avec la mise en œuvre de la recommandation 2015 de l'OMS visant à traiter toutes les personnes séropositives sous traitement (2), 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.

4. Pour atteindre l'objectif 90-90-90

Bien qu'il y ait 17 millions de personnes sous traitement, la couverture thérapeutique est toujours inférieure à 50%. Les clients qui ne sont pas actuellement sous traitement doivent accéder aux TAR dans le cadre d'un modèle de prestation de services qui réponde à leurs besoins et à leurs attentes. Par ailleurs, le système de soins de santé doit accommoder deux fois plus de clients sous traitement.

Comme le souligne la toute dernière version des lignes directrices de l'OMS, différents programmes de soins sont essentiels pour répondre à la diversité de ces besoins – **il est temps d'aborder différemment la prestation de services.**



Je dois améliorer les résultats de rétention dans mon district.

Andrew

Faites la connaissance d'Andrew à la page 10



Je me sens en bonne santé et je dois aller au travail.

John, un client

Faites la connaissance de John à la page 12

QUATRE MODÈLES GÉNÉRAUX DE PRESTATION DIFFERENCIÉE DE TAR

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

- Dans **les modèles individuels en établissement**, les visites pour les renouvellements de traitements antirétroviraux ont été séparées des consultations cliniques. 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. modèle d'espacement des visites et de renouvellement « accéléré » d'ordonnance du Malawi, page 29).
- 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. le modèle de PODI en RDC page 18, les CDDP en Ouganda page 25). Ces modèles comprennent des pharmacies communautaires, des modèles de services de proximité et des prestations à domicile.
- 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. les clubs d'observance en Afrique du Sud, page 23, les clubs d'adolescents au Swaziland, page 17, les MAC au Kenya, page 16). 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 mais ce groupe est géré par les clients eux-mêmes (par ex. les CARG au Zimbabwe et les CAG au Mozambique, page 27). Généralement, les groupes gérés par les clients se réunissent en dehors des établissements de santé.

Au sein de ces modèles, tous les clients poursuivent leurs consultations cliniques dans le cadre de leurs programmes de soins (voir page 11 et annexe 8 pour plus de détails).

Plusieurs modèles peuvent fonctionner en parallèle de sorte que les clients puissent passer de l'un à l'autre au cours de leur vie. Par ailleurs, les modèles sont flexibles et peuvent accommoder les clients qui veulent ou ont besoin d'être orientés vers un autre service. En étant ainsi orienté, l'intensité des soins augmente pour refléter les besoins cliniques accrus du client.



Je me sens toujours pressée et je vois trop de clients. Pourquoi ai-je besoin de voir mes clients stables tous les mois ?

Jane, une infirmière

Faites la connaissance de Jane à la page 10



PARTIE 2

CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DE TAR

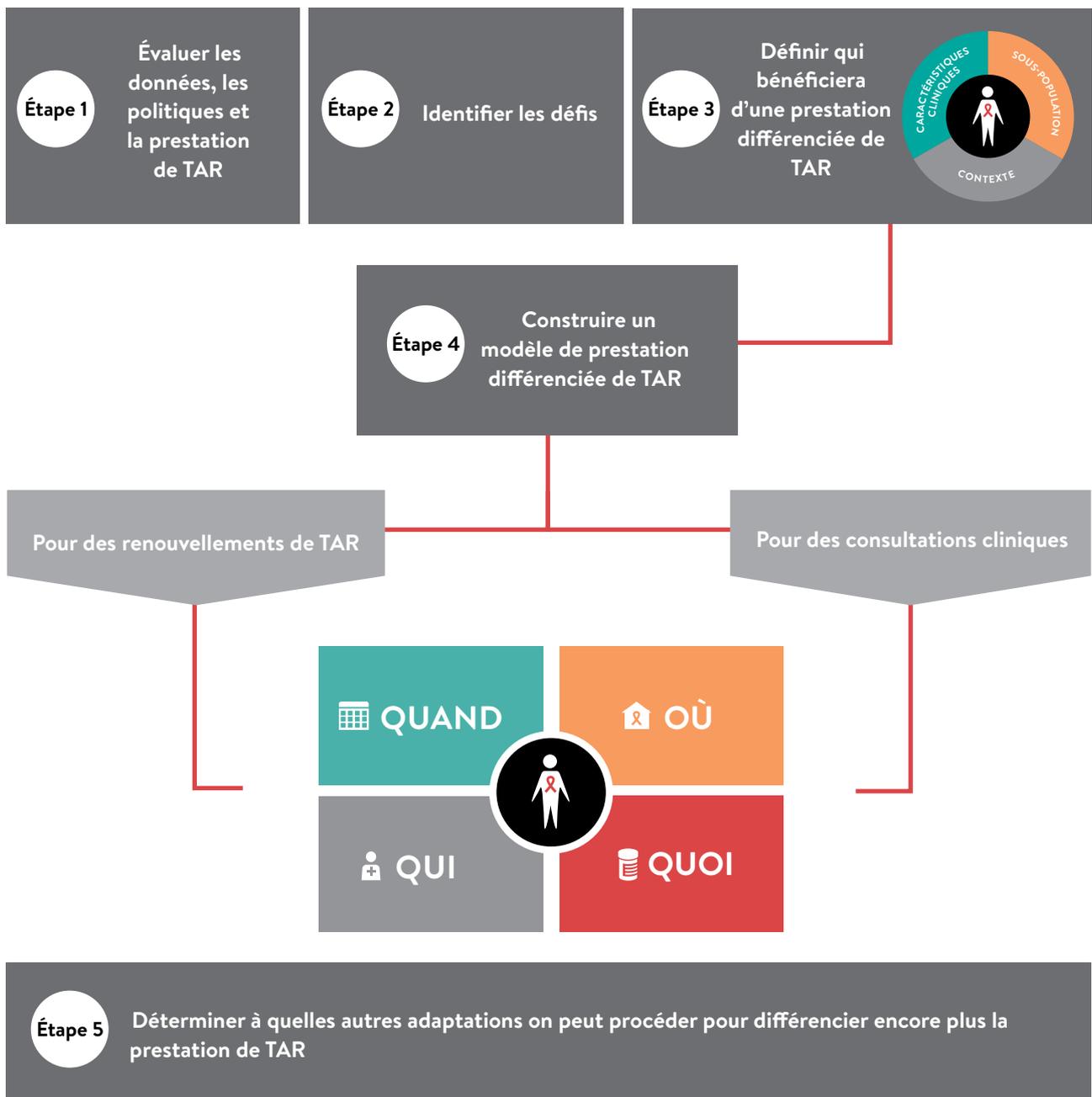
L'APPROCHE EN 5 ÉTAPES DE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DE TAR

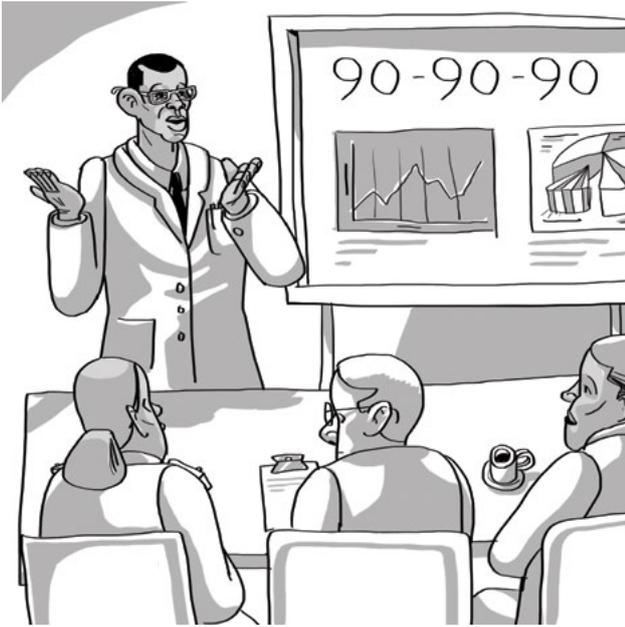
Maintenant, vous voulez savoir comment organiser la prestation différenciée de TAR pour les clients stables dans votre environnement. En fonction de la situation, certaines décisions devront être prises au niveau national et d'autres au niveau local. Par exemple, ce qui peut fonctionner dans un environnement urbain peut ne pas convenir dans un environnement rural et inversement.

Une orientation politique nationale devrait être élaborée et adoptée au niveau du district. Il est fort souhaitable que la décision concernant le ou les modèles les plus appropriés repose sur le contexte et soit prise au niveau de l'établissement pour garantir la prise en charge locale par la communauté et les agents de santé.

Le plan suivant en 5 étapes peut aider les ministères de la santé à planifier la différenciation de la prestation des TAR (Figure 2).

Figure 2 : Approche à 5 étapes de la prestation différenciée de TAR





Voici Andrew

Andrew est gestionnaire districtal du programme TAR. Il vient d'assister à une réunion d'examen nationale au cours de laquelle des préoccupations relatives à la faible rétention des patients sous TAR dans son district ont été soulevées. Ses agents de santé se plaignent aussi qu'ils voient trop de clients sous TAR chaque jour et qu'ils se sentent surchargés. Andrew va suivre les cinq étapes clés pour déterminer comment différencier la prestation des traitements TAR dans son district.



Voici Jane

Jane est infirmière dans une clinique située dans le district d'Andrew. Elle sait que bon nombre de ses clients marchent 2 heures par jour pour venir chercher leurs TAR. Lorsqu'elle a vu Andrew à la réunion, elle lui a dit qu'elle culpabilisait de ne pas passer plus de temps avec chaque client, indépendamment de leurs besoins. Sa clinique propose des soins VIH deux jours par semaine au cours desquels elle voit 80 clients.

« Je comprends pourquoi les consultations sont de mauvaise qualité dans les établissements, parce que les infirmières sont surchargées. L'efficacité des consultations ne se mesure pas en chiffres – je ne suis un chiffre, je suis un être humain. L'accent devrait être mis sur la qualité du service que je reçois. En déplaçant les visites des clients stables, il y aura assez de temps pour examiner la personne qui est malade. »

- Vusi Matsebula, PVVIH, Swaziland

1^{ère} ÉTAPE : ÉVALUER LES DONNÉES, LES POLITIQUES ET LA PRESTATION DES TAR

Il est important de comprendre les répercussions termes de résultats pour les clients, de politiques, et la manière dont les services TAR sont actuellement fournis. Vous trouverez dans les annexes 3 et 4 un exemple d'un sondage réalisé pour répertorier les exemples communs de prise en charge différenciée au niveau national, ainsi que les outils utilisés pour réaliser ce sondage.

(a) Évaluer les données

Les données de suivi et dévaluation (S&E) systématiques sur la rétention permettent d'identifier les défis au niveau de l'établissement. Cette liste de contrôle est jointe en Annexe 4. Les données pertinentes incluent notamment le nombre de personnes sous TAR et les données de rétention pour des sous-populations spécifiques. Il est aussi important de savoir si les établissements possèdent un système de rendez-vous et de suivi.

(b) Évaluer les politiques

Il est aussi possible de procéder à une comparaison entre les politiques nationales et les recommandations actuelles de l'OMS. Les politiques doivent être révisées afin d'être alignées sur les composantes de base (voir 4^e Partie pour plus de détails) et promouvoir la prestation différenciée de TAR en général. Un modèle d'évaluation des politiques relatives à la prestation différenciée des TAR est joint en Annexe 5.

(c) Évaluer les modèles actuels de prestation de TAR

Il est recommandé de procéder à un vaste répertoriage initial de la prestation différenciée des TAR pour déterminer **les mesures** en cours de mise en œuvre dans le pays et la **couverture des modèles** (quelle proportion d'établissement de santé offre ce modèle). Au niveau du district, des données décrivant la prestation de services sur la base des composantes de base et des éléments, devraient être recueillies pour chaque site. Des exemples de prestation différenciée de TAR décrits dans divers documents sont résumés dans les 3^e et 4^e Parties; ce répertoriage peut être réalisé à travers 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. Ces composantes de base permettent aussi de déterminer la manière dont les TAR sont dispensés à d'autres sous-populations données.

En utilisant l'approche des composantes de base, déterminez la manière dont les TAR sont actuellement dispensés dans chaque site TAR pour les visites cliniques et de renouvellement de traitement. Pour réaliser cette évaluation, vous pouvez utiliser le modèle de liste de contrôle joint en Annexe 4.



Andrew a réexaminé les politiques relatives à la prise en charge différenciée à l'aide du modèle fourni dans l'annexe 5. Il est intéressant de noter qu'il y avait de nombreuses politiques en place pour appuyer la prise en charge différenciée mais que celles-ci n'étaient pas appliquées. Par exemple, les politiques relatives au « quand », au « où » et au « qui ».

Dans d'autres cas, les politiques doivent être modifiées afin qu'elles soutiennent la prestation différenciée des TAR et un système de santé plus performant. Par exemple les politiques relatives au « quoi ».

 QUAND

Les politiques soutiennent un renouvellement de TAR maximum de trois mois. Dans de nombreux établissements, les renouvellements étaient limités à un ou deux mois.

 OÙ

Les politiques soutiennent la distribution de TRA dans des établissements de santé périphériques. Cependant, ces établissements périphériques ne fournissent pas tous des TAR.

 QUI

Les clients peuvent désigner un « copain de traitement » qui ira chercher, pour leur compte, un renouvellement de TAR. Dans certains établissements, le personnel ne sait pas qu'une telle politique existe.

 QUOI

Les politiques doivent être mises à jour afin de recommander la fin du suivi du taux de CD4 en cas d'accès à un suivi systématique de la charge virale.

Une définition de base des clients stables (voir page 5) devrait être formulée pour faciliter la prestation différenciée des TAR.

2^e ÉTAPE : IDENTIFIER LES DÉFIS

Sur la base de la 1^{ère} étape, on peut identifier les problèmes que l'on peut résoudre grâce à la prestation différenciée de TAR. Vous devrez aussi évaluer les points de vue des agents de santé et des clients pour comprendre leurs problèmes, leurs préférences et leurs attentes. Dans l'Annexe 4, les points de vue des agents de santé et des clients sont inclus dans l'évaluation de la prestation différenciée des TAR au niveau de l'établissement.

À ce stade, il est important d'organiser un atelier et de mobiliser les parties prenantes clés du système de santé et de la société civile 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.
 - Donner la possibilité aux parties prenantes de présenter des exemples réels de prise en charge différenciée mis en œuvre dans leurs environnements.
 - Présenter les résultats de l'étude documentaire réalisée à l'échelon national.
- Résumer les conclusions des consultations avec les agents de santé et les PVVIH.
 - Faire participer les parties prenantes à l'élaboration d'un plan d'analyse de la situation au niveau local/de district.

Après avoir passé en revue les données, la prestation et les politiques, Andrew demande :

Quels sont les problèmes actuels en matière de mise en œuvre ?

Peut-on résoudre ces problèmes localement ou faut-il procéder à des modifications de la politique nationale ?

Quelles interventions peut-on mettre en œuvre à court, moyen et long terme ?



« La quantité de temps que nous passons dans l'établissement de santé dans les queues – une queue pour le triage, une queue pour l'infirmière, une queue à la pharmacie et une queue au laboratoire – c'est trop. Je ne veux pas venir dans l'établissement de santé plus de deux fois par an... J'ai aussi une vie à vivre. »

- Patricia Asero Achieng, PVVIH, Kenya



Voici John

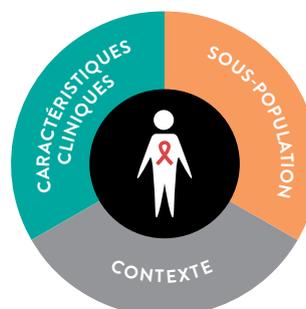
John est sous TRA depuis cinq ans. Il va chercher son TRA à la clinique TAR de l'hôpital de district situé dans le district d'Andrew tous les deux mois. Il travaille dans une usine locale et a beaucoup de mal à expliquer à son patron pourquoi il a besoin de prendre un jour de congé tous les deux mois. Physiquement, il se sent vraiment bien et aime son travail. Il arrive à la clinique à 7h30 ou avant s'il le peut, pour faire la queue. En général, il y a environ 60 personnes qui attendent, et il voit l'infirmière à environ 11h00. Étant donné qu'il se sent bien, il passe moins de cinq minutes dans son bureau. Après, il doit se rendre à la pharmacie où il y a une très longue queue car tous les patients extérieurs sont aussi là pour venir chercher leurs médicaments. Enfin, vers 14h, il est sur le chemin du retour avec son renouvellement de TRA.

3^e ÉTAPE : DÉFINIR LA OU LES POPULATION(S) QUI BÉNÉFICIERONT D'UNE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DE TAR

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. À l'aide des données et des politiques, vous pouvez identifier les défis des clients et du système de santé. Une fois les défis identifiés, vous pouvez établir l'ordre de priorité des personnes qui bénéficieront d'une prestation différenciée de TAR. Vous pouvez aussi choisir d'utiliser plusieurs modèles simultanément.

En utilisant les trois éléments décrits dans la Partie 3, déterminez les caractéristiques cliniques, la sous-population et le contexte.

Figure 3 : Les trois éléments



4^e ÉTAPE : CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DE TAR

Après avoir identifié les bénéficiaires, vous pouvez construire un modèle de prestation différenciée de TAR sur la base de vos données, politiques et critères d'éligibilité. Nous vous recommandons de définir en premier la prestation différenciée des TAR à l'aide des composantes de bases détaillées dans la Partie 3.

Pour le moment, l'accent est mis sur les composantes de base « quand », « qui » et « quoi ». La mécanique du modèle, ou le « comment », est aussi importante pour la mise en œuvre. Cependant, ces détails peuvent être définis à un stade ultérieur par l'établissement.

5^e ÉTAPE : ENVISAGER D'AUTRES ADAPTATIONS

En supposant qu'une prestation différenciée de TAR est en place pour les clients stables, vous pouvez répéter la 3^e Étape pour d'autres populations. Sinon, envisagez d'adapter la prise en charge d'autres groupes selon les éléments (Partie 3, Annexe 6).

Après avoir terminé ce processus à 5 étapes, il faudra discuter de la mécanique spécifique du modèle au niveau du district et/ou de l'établissement (par ex. les critères d'orientation vers un autre service, les adaptations pertinentes des documents de S&E). L'Annexe 7 résume les questions clés auxquelles il faut répondre après avoir choisi un modèle de prestation différenciée de TAR.



Voici Mary

Mary vit dans un village rural situé dans le district d'Andrew. Elle se rend tous les mois dans sa clinique la plus proche qui se trouve à deux heures de marche pour aller chercher son TAR. L'année dernière, Mary a arrêté son TAR pendant deux mois parce que la rivière avait débordé. La rivière déborde souvent pendant la saison des pluies, ce qui empêche Mary et d'autres personnes de son village d'accéder à la clinique.

A man in a green shirt is seen from the back, gesturing with his right hand towards a group of people sitting on a bench. The group consists of women and children, some wearing headscarves. They are outdoors, with a bamboo grove in the background. The scene is brightly lit, suggesting daytime.

PARTIE 3

QUELS SONT LES 3 ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION ?

LES TROIS ÉLÉMENTS

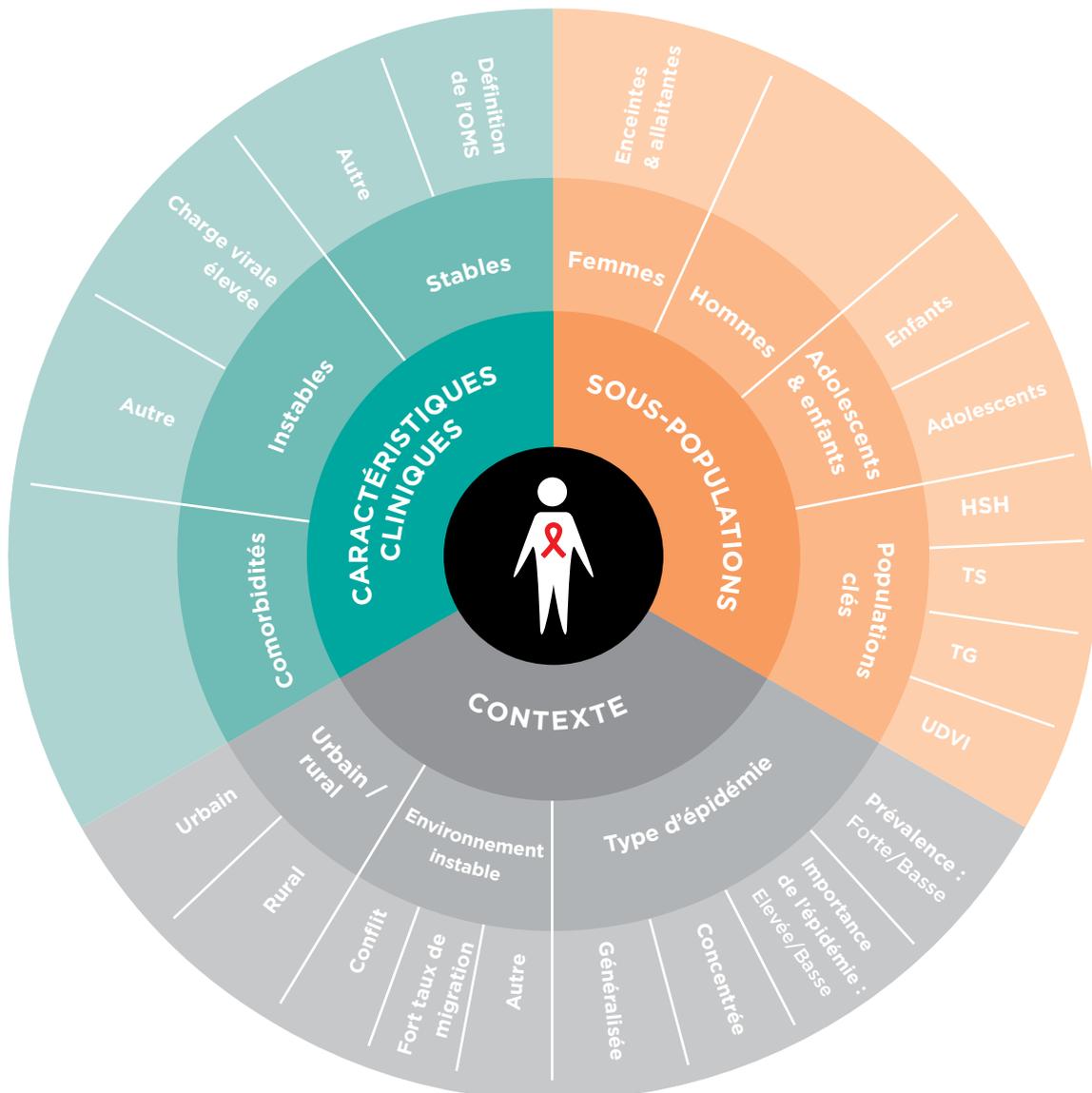
Afin de proposer une prise en charge axée sur les clients, vous devez tenir compte des caractéristiques cliniques, de la ou des sous-populations et du contexte de vos clients. Cela vous permettra de construire les modèles appropriés de prestation de TAR en utilisant les composantes de base décrites dans la Partie 4. Dans cette partie, nous abordons chacun des trois éléments et présentons des études de cas pertinentes.

L'OMS décrit quatre types de clients : les patients de bonne apparence, les patients présentant un stade avancé de la maladie, les patients stables et les patients instables (2). Chacun de ces types de clients nécessitera des programmes de soins différents adaptés à leurs besoins cliniques. Les clients passeront d'une catégorie à l'autre. Cependant, les programmes de soins requis pour les différents types de clients ne doivent pas uniquement tenir compte des caractéristiques cliniques.

Les modèles de prestation de TAR devraient être adaptés selon les trois éléments suivants illustrés dans la Figure 4.

1. Les caractéristiques cliniques des clients (stable, instable, comorbidité/co-infections)
2. La sous-population (par ex. les adultes, les enfants et les adolescents, les femmes enceintes et qui allaitent au sein, les populations clés, les hommes)
3. Le contexte (par ex. urbain/rural, instable, contexte, type d'épidémie).

Figure 4 : Les trois éléments



COMMENT DIFFÉRENCIER SUR LA BASE DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ?

Sur la base des caractéristiques cliniques, les clients peuvent être définis comme stables, instables et souffrant de comorbidités ou de co-infections (Figure 4). On peut s'appuyer sur la définition de l'OMS ou sur une autre définition (voir page 5 pour plus de détails sur la manière de définir les clients stables) pour déterminer si un client est stable. Les clients instables peuvent avoir une charge virale élevée ou présenter d'autres caractéristiques, telles que des troubles mentaux, ou avoir récemment commencé le TAR, ce qui les classent dans la catégorie instable.

Que se passe-t-il pour les clients instables ?

Comme indiqué dans la Partie 1, l'approche de la prise en charge différenciée consiste à fournir des soins répondant aux besoins des PVVIH. Par conséquent, si un client est instable ou souffre de comorbidité ou de co-infection, il devrait bénéficier d'un suivi et d'un soutien accru.

Compte tenu que le VIH est une condition chronique à vie, certains clients passeront par des épisodes « d'instabilité » auxquels il faudra palier. Par conséquent, ils pourraient avoir besoin d'être orientés vers un autre service ou nécessiter des interventions supplémentaires (consultation psychologique et contrôle régulier de la charge virale) pendant une période courte et intense.

Il se pourrait que certains clients n'atteignent pas l'état de suppression virale prolongée si le modèle ne répond pas à leurs besoins et à leurs attentes. Par conséquent, les modèles différenciés pourraient offrir les meilleurs avantages aux clients qui ont actuellement interrompu leur TAR ou qui ne sont pas en état de suppression virale.

Une prestation différenciée peut aider les clients à gérer plusieurs conditions

Avec une cohorte de PVVIH vieillissante, l'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH et la prévalence des comorbidités et des co-infections, nombreux sont les clients qui peuvent aussi nécessiter des soins pour leur comorbidité ou co-infection. Si un client séropositif stable souffre d'une comorbidité ou d'une co-infection, il devrait bénéficier d'un suivi et d'un soutien accru. En proposant une prestation différenciée de TAR pour les clients stables, le système de santé devrait proposer en même temps un soutien clinique accru à ceux qui en ont besoin.

Bien que le Cadre Décisionnel se concentre sur les modèles différenciés pour les clients stables sous TAR, les principes et l'approche en 5 étapes s'appliquent aux clients instables ou qui souffrent de comorbidités ou co-infections. Il existe des exemples de modèles de prestation de services qui intègrent la prise en charge du VIH et des maladies non transmissibles (Étude de cas 1).

Étude de cas 1 :

Clubs d'observance thérapeutique, Kenya

À Kibera, au Kenya, le système des soins de santé primaires était confronté à un grand volume de clients sous TAR et de clients souffrant d'hypertension artérielle et de diabète. Sur la base des modèles de groupes pour les clients stables est née l'idée de créer des clubs d'observance thérapeutique (COT). Les COT sont un modèle de groupe pour les clients stables souffrant du VIH, d'hypertension artérielle ou de diabète. À ce jour, 1432 clients ont été inscrits dans 47 clubs. Les clients sont essentiellement sous TAR (71%) et 29% souffrent de diabète ou d'hypertension. Au total, la clinique ambulatoire a réussi à libérer 2208 consultations, avec un perdu de vue par rapport aux COT d'uniquement 3.5% (9). Les COT sont un exemple de groupes gérés par des agents de santé (page 7).



Je suis stable et en état de suppression virale, donc je n'ai besoin de me rendre à la clinique du VIH que tous les 3 mois pour aller chercher mes ARV. Pourquoi dois-je revenir tous les mois juste pour mes médicaments contre l'hypertension artérielle ?

COMMENT DIFFÉRENCIER SUR LA BASE DE LA SOUS-POPULATION ?

La prestation de TAR devrait être différenciée non seulement sur la base des caractéristiques cliniques, mais aussi en tenant compte des défis des sous-populations (Figure 4), notamment :

- Les femmes, y compris les femmes enceintes et qui allaitent au sein;
- Les hommes;
- Les adolescents et les enfants;
- Les populations clés telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les travailleurs du sexe (TS), les transgenres (TG) et les personnes s'injectant des drogues (PID).

Bien que le Cadre Décisionnel se concentre sur les clients adultes stables, les concepts et les principes tirés des composantes de base décrites dans la Partie 4 peuvent être utilisés pour créer des modèles de prestation de TAR appropriés à sous-populations spécifiques. La différenciation de la prestation des TAR pour les sous-populations peut contribuer à améliorer l'accès à la prise en charge du VIH en éliminant les obstacles structurels et en remédiant aux problèmes d'observance auxquels sont souvent confrontées les sous-populations.

Chaque sous-population nécessitera un programme unique et complet de services de soins de santé afin de surmonter les défis qui leur sont propres. L'une de ces innovations pourrait par

exemple consister à définir des jours ou des heures spécifiques réservés au renouvellement de traitement pour certaines sous-populations, ce qui permettrait aux cliniciens et aux conseillers de se concentrer sur les besoins médicaux et psychologiques spécifiques de cette population. Par exemple, cela permettrait d'utiliser plus efficacement les outils disponibles adaptés aux enfants et aux adolescents que si les clients pédiatriques étaient tous dispersés lors d'une visite de routine à la clinique.

Étude de cas 3 :

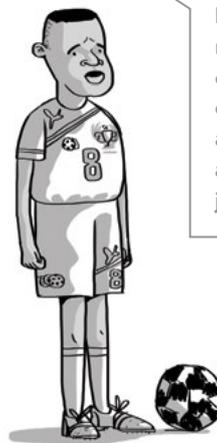
Clinique de réduction des méfaits, Maurice

Pour répondre à l'épidémie croissante du VIH chez les PID, un partenariat entre la société civile et le gouvernement de Maurice a lancé des stratégies de réduction des méfaits en 2006 qui incluent un traitement de maintien à la méthadone et des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en conjonction avec l'intensification du dépistage du VIH et de l'accès aux TAR. En 2004, 3078 individus ont accédé aux services par l'intermédiaire d'établissements fixes, de camionnettes, de travailleurs de proximité et de pairs éducateurs. Au total, 719 427 aiguilles et seringues propres ont été distribuées. L'incidence du VIH chez les PID à Maurice a baissé de 68.1% en 2011 à 31.1% en 2014.

Étude de cas 2 :

Clubs d'adolescents, Swaziland

Au Swaziland, des clubs d'adolescents ont été créés pour apporter un soutien psychologique accru aux adolescents vivant avec le VIH. Compte tenu des taux élevés de participation au programme de clubs d'adolescents, les adolescents stables sont de plus en plus encouragés à recevoir leurs renouvellements d'ARV dans le cadre de ce modèle. Les lignes directrices nationales sur le TAR communautaire appuient la prestation d'ARV aux adolescents stables dans le cadre du modèle de club d'adolescents, tout en encourageant tous les adolescents vivant avec le VIH à rejoindre ces clubs pour obtenir un soutien psychologique. Les clubs d'adolescents sont un exemple d'un modèle de groupe gérés par des travailleurs de la santé (page 7).



COMMENT DIFFÉRENCIER SUR LA BASE DU CONTEXTE ?

Afin de maintenir une prestation de TAR de qualité dans des contextes difficiles spécifiques (par ex. conflit, contexte rural/urbain, forte migration, faible prévalence), il convient de modifier la façon dont les TAR sont dispensés.

En plus de tenir compte de la stabilité contextuelle, la prévalence du VIH dans un contexte donné aura aussi un impact sur les défis spécifiques rencontrés par les clients et la pertinence ou l'étendue de certaines interventions spécifiques.



J'ai d'autres choses à me soucier que mon TAR. La stigmatisation et l'ignorance autour du VIH dans ma communauté m'empêchent de dormir la nuit.



Même si j'ai été récemment diagnostiquée, j'ai le sentiment que mon TAR fonctionne bien et je n'ai pas besoin de venir à la clinique trop souvent.



Prendre mon TAR, c'est facile. Ce qui me tracasse, c'est de devoir faire face au personnel de la clinique qui juge les autres.

Étude de cas 4 :

« Points de distribution communautaires » (PODI), République démocratique du Congo (RDC)

À Kinshasa, en RDC, des PODI ont été créés pour améliorer la prestation des TAR dans les endroits mal desservis. Les services liés aux VIH ont été centralisés au sein des hôpitaux, ce qui a provoqué un surpeuplement et des queues interminables pour les clients parcourant de longues distances. Près de la moitié des clients sous TAR (43%) allaient chercher leurs renouvellements d'antirétroviraux dans un PODI (7). Des taux élevés de rétention ont été constatés (94% à six mois, 89.3% à 12 mois et 82.4% à 24 mois) et les frais de transport ont été réduits des deux tiers. Le temps d'attente pour un renouvellement d'ARV dans un PODI est de 12 minutes par rapport à 85 minutes à l'hôpital. Le PODI est un modèle de prestation individuel hors établissement (page 7), et un exemple de pharmacie communautaire.

RÉSUMÉ DES TROIS ÉLÉMENTS

- La prestation de TAR peut être différenciée en fonction des caractéristiques cliniques, de la sous-population et des facteurs contextuels.
- Au cours de leur traitement antirétroviral, les clients peuvent avoir des besoins médicaux à court terme nécessitant un suivi plus intensif ou souffrir de comorbidités qui nécessitent une approche intégrée de la prise en charge.
- Des modèles de prestation pour des sous-populations spécifiques peuvent être conçus à l'aide de l'approche des composantes de base. Compte tenu des obstacles structurels et des questions d'observance auxquels sont confrontées les sous-populations, d'autres facteurs doivent être pris en compte.
- Bien que la majorité des modèles documentés de prestation différenciée de TAR proviennent d'environnements à haute prévalence, les principes des composantes de base peuvent aussi être appliqués dans d'autres contextes et les modèles existants peuvent être adaptés à l'épidémie locale et à l'environnement social et politique local.



Pourquoi avons-nous tous des rendez-vous à la clinique à des jours différents ?



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



J'ai commencé à prendre le TAR dans ma clinique anténatale et les services intégrés sont très bien. La clinique m'a aidé à divulgué ma maladie à mon mari.



PARTIE 4

LES COMPOSANTES DE BASE DE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DE TAR

LES COMPOSANTES DE BASE

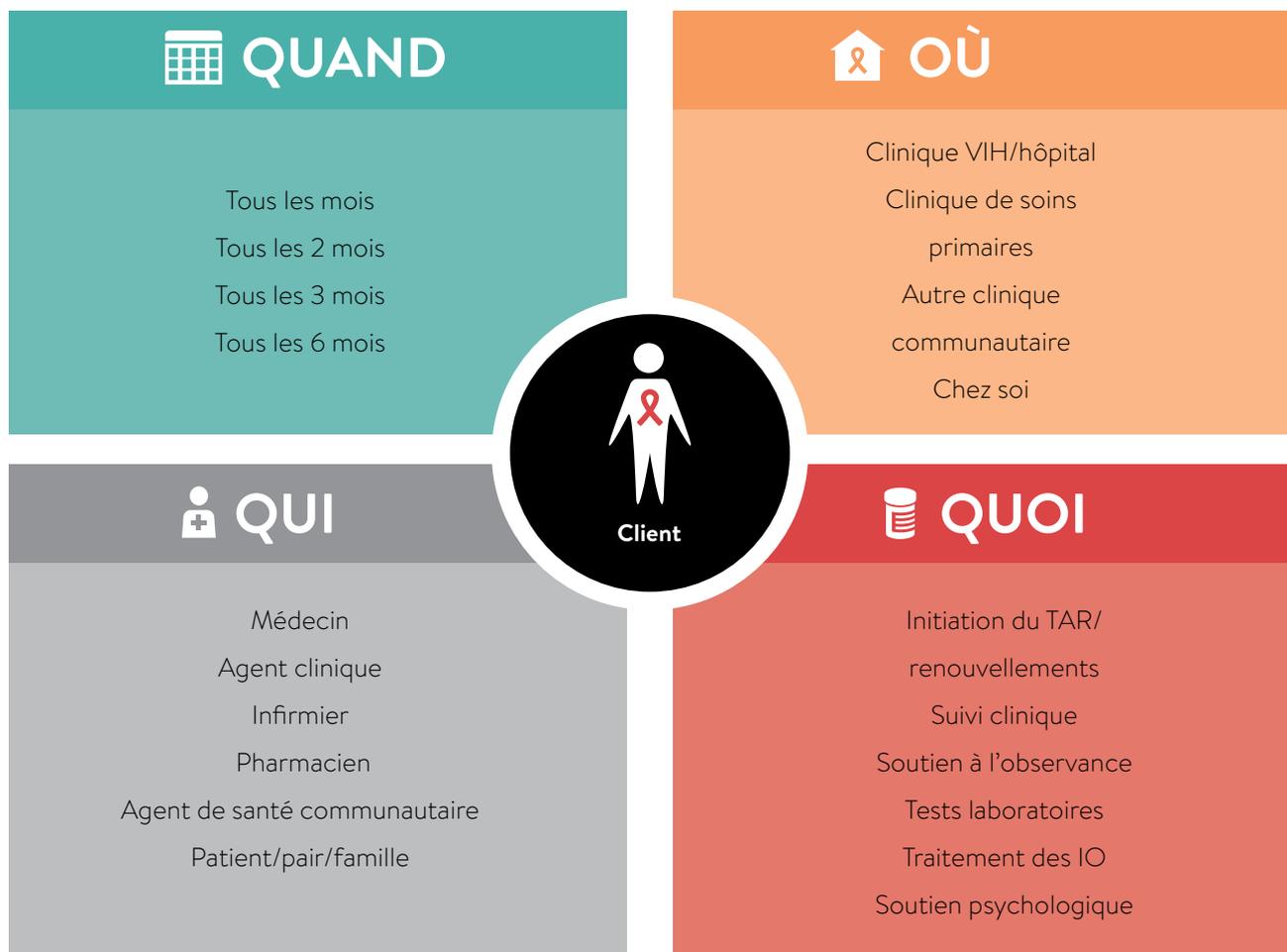
Les composantes de base de la prestation différenciée de TAR sont axées sur quatre questions : quand, où, qui et quoi (2, 3). Les composantes de base sont les principaux éléments de la construction d'un modèle différencié de prestation de services (Figure 5).

Comme mentionné dans la 1ère Partie, les clients sont au centre de tous les modèles de prestation de TAR. Il appartient au responsable de la santé de district de collaborer avec les agents de santé et les clients pour déterminer quelle composante du « quand », du « où », du « qui » et du « quoi » inclure dans le

modèle différencié de prise en charge. Les parties prenantes doivent œuvrer à l'amélioration des résultats pour les clients et tout en utilisant au mieux les ressources disponibles du système de santé.

La section suivante présente les quatre composantes de base, souligne les lignes directrices pertinentes et donne des exemples de modèles différenciés avérés de prestation de TAR. Vous verrez aussi comment Andrew, le gestionnaire districale du programme TAR essaye de résoudre les problèmes de Mary, Jane et John à l'aide des composantes de base.

Figure 5 : Les composantes de base





« QUAND » LES TAR SONT-ILS DISPENSÉS ?

Réduire la fréquence des renouvellements d'ARV et des visites cliniques

La réduction de la fréquence des visites est un moyen simple et efficace de réduire la charge qui pèse à la fois sur les clients et 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, une consultation et/ou une évaluation en laboratoire. Si un clinicien prescrit un TAR pour une période de trois à six mois, le client devrait pouvoir, pendant la période intermédiaire, limiter ses interactions avec le système de santé à celles nécessaires pour se réapprovisionner en médicaments. En prescrivant un renouvellement d'ARV suffisant lors de la visite clinique, le client n'aura pas besoin de voir un autre agent de santé jusqu'à son prochain rendez-vous clinique. Lorsqu'un contrôle régulier de la charge virale est disponible, comme c'est le cas en Afrique du Sud, les consultations cliniques pour les clients en état de suppression virale peuvent être réduites à une par an.

Les lignes directrices de l'OMS relatives à l'utilisation de TAR contiennent de nouvelles recommandations sur le moment de distribuer les TAR et encouragent un contact moins fréquent pour les clients stables (voir encadré 3). Les considérations techniques du plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) vont plus loin en suggérant de limiter les visites cliniques à une par an pour les clients stables (10). La définition d'un client « stable » est abordée dans la 1ère Partie (page 5).

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 3 : Recommandations relatives à la fréquence des visites

- Des visites cliniques moins fréquentes (3-6 mois) sont recommandées pour les personnes stables sous TAR (forte recommandation, preuves de qualité moyenne).
- Des visites moins fréquentes pour venir chercher les médicaments (3-6 mois) sont recommandées pour les personnes stables sous TAR (forte recommandation, preuves de faible qualité) (2).

Utiliser la durée maximale de renouvellement d'antirétroviraux

En fonction des règlements locaux et de l'efficacité de la chaîne logistique, chaque endroit devrait indiquer clairement aux agents de santé la durée maximale d'ARV pouvant être prescrite. Celle-ci déterminera la fréquence des visites d'un client. Suite aux conseils de l'OMS, de nombreux pays passent à des intervalles de trois, voire six mois pour les visites cliniques et de renouvellement d'ARV. Pour plus de renseignements sur le prolongement des renouvellements d'ARV, consultez le calculateur d'ordonnance sur plusieurs mois de l'USAID disponible sur le site Web (www.differentiatedcare.org).



Vous vous souvenez de John ?

John était frustré de manquer le travail parce qu'il devait aller faire la queue à la pharmacie pour renouveler son traitement. Comment l'intervention dans la composante « quand » de la prestation différenciée des TAR l'a-t-il aidé ?

Andrew, le responsable districte du programme TAR, a mis en place une prestation différenciée à la clinique de John. La clinique a désormais augmenté la durée des renouvellements d'ARV de 2 à 3 mois. Pour John, ce changement signifie qu'il doit uniquement se rendre à la clinique quatre fois par an au lieu de six. John est content de ne plus à avoir à inventer d'excuses pour manquer le travailmissing work.

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 de traitement après les heures de fermeture de l'école diminue les absences scolaires et permet aux enfants de vivre une vie plus normale. Le prolongement des heures d'ouverture de la pharmacie certains jours, ou les collectes le samedi, peut aider les clients qui travaillent et qui ont du mal à se rendre à la clinique pendant les heures d'ouverture et risquent de perdre leur salaire chaque fois qu'ils doivent aller chercher leurs renouvellements d'ARV.

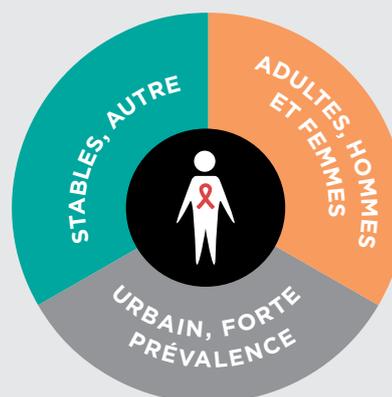
Exemple 1 :

Clubs d'observance (CO), Afrique du Sud

Aperçu

En Afrique du Sud, dans le district de la santé de la Métropole du Cap, les cliniques étaient congestionnées et caractérisées par de longs temps d'attente et des taux de rétention en soin insatisfaisants. Des clubs d'observance (CO) pour adultes stables ont été créés. Les clients peuvent rejoindre un CO après avoir passé six mois sous TAR si leur charge virale était <400 copies/mL (seuil national défini pour la suppression virale). Les CO sont des groupes composés de 25 à 30 clients stables gérés par un agent de santé communautaire au sein desquels on peut accéder à des renouvellements de traitement, à un soutien et à des soins. 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. Les CO sont un exemple d'un modèle de groupe géré par des travailleurs de la santé (page 7).

Les trois éléments des CO



Les composantes de base des clubs d'observance

	RENOUVELLEMENT DES TRAITEMENTS	CONSULTATIONS CLINIQUES
QUAND	Tous les 2 à 4 mois	Annuelles
OÙ	Cliniques de soins primaires distribuant des TAR	Cliniques de soins primaires distribuant des TAR
QUI	Personnel de santé non professionnel (agents de santé communautaires)	Personnel infirmier
QUOI	TAR pré-emballé Séance de consultation en groupe (25-30 clients) Bref dépistage de symptômes	TAR pré-emballé Consultation clinique

Résultats

En mars 2015, plus de 34 000 clients recevaient leur TAR par l'intermédiaire de ce modèle (11), qui est entièrement géré par le gouvernement. Entre 2011, lorsque les CO ont été introduits pour la première fois, et 2015, le total de la cohorte sous TAR dans le district a doublé pour atteindre près de 130 000 clients. Une analyse d'un échantillon représentatif de la cohorte des clubs d'observance a montré que le taux de rétention des clients était de 95% et que 97% étaient en état de suppression virale 12 mois après leur inscription au CO (12). Les clubs d'observance, dans leurs adaptations diverses, font désormais partie de la politique nationale en Afrique du Sud (13), au Zimbabwe (14) et au Swaziland (15), et sont en cours de mis en œuvre dans des régions de la Namibie et à un stade pilote en Zambie.



« 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 – amener les services au plus près du lieu de résidence des clients, soit dans un établissement plus proche de chez eux ou 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.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 4 : Recommandations relatives à la décentralisation

La décentralisation du traitement et de la prise en charge associés au VIH devrait être considérée comme une façon d'augmenter l'accès aux soins et la rétention des soins :

- Début du TAR dans les hôpitaux avec maintien du TAR dans des établissements de santé périphériques (forte recommandation, preuves de faible qualité);
- Début et maintien du TAR dans des établissements de santé périphériques (forte recommandation, preuves de faible qualité);
- Début du TAR dans des établissements de santé périphériques avec maintien au niveau communautaire (c.-à-d., en dehors des établissements de santé, dans des endroits tels que des sites de proximité, des postes sanitaires, des services à domicile ou des organisations communautaires 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). L'OMS a aussi formulé ces recommandations pour toutes les populations clés (16).

La décentralisation s'est avérée un succès dans de nombreux pays où les TAR ont été déplacés des hôpitaux centraux vers des sites de soins primaires. Dans certains contextes, le concept consistant à amener les TAR « au plus près du domicile » a été poussé un cran plus loin et les TAR étant distribués dans des établissements de santé à travers des pharmacies communautaires, des postes sanitaires, des services à domicile et d'autres structures communautaires.



Vous vous souvenez de Mary ?

Mary faisait plus de deux heures de marche pour se rendre à la clinique la plus proche qui distribue un TAR. Comment l'intervention au niveau de la composante « où » de la prestation différenciée des TAR l'a-t-elle aidé ?

Andrew, le gestionnaire districte du programme TAR, a reconnu la nécessité d'ouvrir d'autres établissements d'accès aux TAR. Six mois plus tard, les infirmières de la clinique locale avaient été formées à la prestation des TAR. Cette clinique ne se trouvait qu'à 15 minutes de marche de Mary. Elle n'avait plus à renoncer à une bonne partie de sa journée pour s'y rendre et elle aimait bien les infirmières qui passaient du temps avec les clients lors des visites.

Le degré de décentralisation variera selon le contexte

Dans les zones rurales à forte charge de morbidité, l'objectif est de décentraliser les soins VIH vers tous les sites de soins primaires. Cependant, dans les environnements urbains à faible prévalence, le fait de proposer des services liés au VIH dans toutes les cliniques peut être un désavantage. D'un point de vue de la logistique comme de la qualité des soins, il peut s'avérer plus efficace de proposer des TAR dans quelques sites décentralisés uniquement. Bien que la mise en route et le maintien du TAR au niveau communautaire ne soient pas encore inclus dans les lignes directrices de l'OMS, des recherches sont actuellement en cours sur la science de leur mise en œuvre.

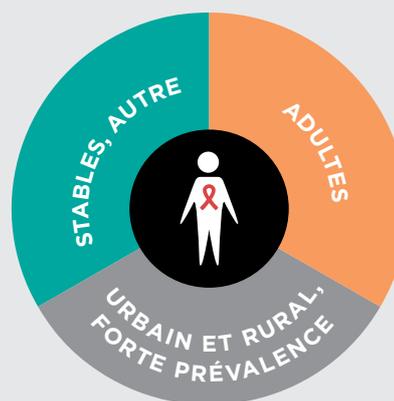
Exemple 2 :

Points de distribution communautaires de médicaments (PDCM), Ouganda

Aperçu

En Ouganda, les clients parcouraient de longues distances pour se rendre dans des établissements surpeuplés, avec de longues queues, pour aller chercher leur TAR. L'AIDS Support Organization (TASO), une organisation non-gouvernementale (ONG) locale, a essayé au début de remédier à la situation en lançant les livraisons à domicile de TAR. Cependant, les livraisons à domicile n'ont pas pu continuer en raison du nombre de plus en plus grand de clients. TASO a alors mis en place plusieurs points de distribution communautaires de médicaments (PDCM). Les clients admissibles (ceux qui avaient passé plus de 10 semaines sous TAR, avaient un taux de CD4 >350 cellules/mm3 et une observance n >95%) étaient orientés vers le PDCM le plus proche de chez eux à la fois pour les renouvellements de traitement et les consultations cliniques. Le PDCM est un modèle de groupe hors établissement (page 7).

Les trois éléments des PDCM



Les composantes de base des points de distribution communautaires de médicaments

	RENOUVELLEMENT DES TRAITEMENTS	CONSULTATIONS CLINIQUES
QUAND	Visites tous les 2 à 3 mois	Semestrielles
OÙ	Points communautaires plus proches du domicile des clients	Cliniques de soins primaires fournissant des TAR
QUI	Agents de santé non professionnels	Personnel infirmier
QUOI	TAR pré-emballé (2-3 mois) Counseling sur l'observance	Consultation clinique

Résultats

En 2015, 70% des clients de TASO (environ 50 000) recevaient leur TAR par l'intermédiaire de ce modèle, avec un taux de rétention de 89% après cinq ans. Dans un échantillon de 870 clients de PDCM, 87% avaient une charge virale indétectable. Vous trouverez d'autres preuves tirées de ce modèle dans les publications (17, 18). Il existe d'autres exemples similaires aux PDCM, notamment la pharmacie communautaire PODI en République Démocratique du Congo (7) (page 18) ainsi que (7) des modèles de services de proximité communautaires, la distribution en pharmacie privée et les « distributeurs automatiques » de TAR.



« 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 beaucoup contribué à intensifier la prestation de TAR dans des environnements limités en ressources. Les soins courants et la prestation de TAR ne relèvent plus uniquement de la responsabilité des docteurs. Au cours des deux dernières années, le personnel infirmier et les agents de santé non professionnels se sont de plus en plus investis dans la prise en charge des TAR. Pour mettre en place la délégation et le partage des tâches, un examen des cadres réglementaires dans le pays est souvent nécessaire et, dans certains cas, peuvent demeurer un obstacle majeur à l'intensification des traitements antirétroviraux.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 5 : Recommandations relatives à la délégation et au partage des tâches

- 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). L'OMS a aussi formulé ces recommandations relatives à la délégation de tâches pour toutes les populations clés (16).

Dispensation vs. distribution des TAR

Sur la base de nouvelles preuves, l'OMS recommande que la *distribution* comme la *dispensation* des TAR soient effectuées par des membres du personnel autres que les pharmaciens (voir encadré 5). Ces lignes directrices s'appliquent à tous les groupes d'âge et à toutes les sous-populations (c.-à-d. les adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH) et ont des répercussions importantes sur la composante « qui » des modèles différenciés de prestation de TAR.



Vous vous souvenez de Jane ?

Jane joue un rôle de plus en plus important à la clinique depuis quelques années. Elle met désormais ses clients sous TAR et leur prescrit également le traitement. Jane trouve que les journées remplies de consultations

de clients qui sont en bonne santé, stables et qui n'ont pas besoin de son expertise médicale sont ennuyeuses. Comment l'intervention au niveau de la composante « qui » de la prestation différenciée des TAR l'a-t-elle aidé ?

Après avoir passé en revue les données, les politiques et les modèles actuels de prestation de TAR et s'être entretenue avec les agents de santé et les clients, Andrew, le gestionnaire districale du TAR a décidé de soutenir la prestation différenciée pour les clients stables. Les agents de santé communautaires aident désormais les clients stables à s'autogérer de plus en plus, ce qui permet à Jane de se concentrer sur les nouveaux clients et les clients instables.

Le personnel de santé non professionnel joue un rôle vital dans de nombreux modèles différenciés de prestation de TAR

Le rôle du personnel de santé non professionnel est vital dans de nombreux exemples de prestation différenciée de TAR. Leur rôle consiste notamment à animer et/ou à former des groupes, à éduquer les clients et à aider les clients à s'autogérer (19). Il est essentiel de reconnaître le soutien et les contributions du personnel de santé non-professionnel. La délégation de tâches est devenue une pratique acceptée, notamment dans les environnements à forte charge de morbidité. Cependant, ces agents doivent faire l'objet d'une formation et d'une supervision continues et prétendre à une bonne rémunération en vue de garantir la qualité du travail (20).

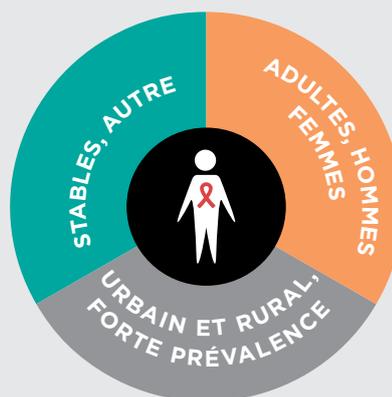
Exemple 3 :

Groupes communautaires de renouvellement de TAR, Zimbabwe

Aperçu

Au Zimbabwe, le manuel intitulé « Operational and Service Delivery Manual » publié en 2015 comporte des recommandations en matière de prise en charge différenciée dans toute la cascade de soins (14). Quatre différentes options de modèles sont présentées : le renouvellement de traitement individuel en pharmacie; le « club » : le groupe familial de renouvellement de TAR; et les groupes communautaires de renouvellement de TAR (GCRT). Le modèle des GCRT a été accepté suite au projet pilote mené au Mozambique (21) et aux consultations avec le Ministère de la santé, les agents de santé et les PVVIH, et après examen des politiques et des ressources contextuelles. Les GCRT sont des groupes formés spontanément et composés de clients stables issus de la même zone géographique. Tous les membres doivent être prêts à divulguer entre eux leur statut. Pour être admissibles, les clients doivent avoir une charge virale <1000 copies/ml (ou lorsque la CV n'est pas disponible, un nombre de CD4 > 200 cellules/mm3), avoir été sous TAR pendant au moins six mois et ne souffrir d'aucune autre condition clinique nécessitant des consultations cliniques plus fréquentes. Les GCRT se composent de quatre à 15 clients. Un GCRT est un modèle de groupe géré par les clients (page 7).

Les trois éléments des GCRT



Les composantes de base des groupes communautaires de renouvellement de TAR

	RENOUVELLEMENT DES TRAITEMENTS	CONSULTATIONS CLINIQUES
QUAND	Tous les 3 mois	Annuelles si la charge virale est disponible, Semestrielles si la charge virale n'est pas disponible
OÙ	Au sein de la communauté	Établissements de soins primaires <i>Tout le GCRT y va ensemble</i>
QUI	Client <i>Le GCRT désigne le client ayant le plus besoin d'une visite clinique pour aller chercher les traitements dans l'établissement au nom du groupe</i>	Personnel infirmier
QUOI	TAR pré-emballé Soutien par les pairs	Consultation clinique

Résultats

Les résultats des GCRT du Zimbabwe ne sont pas disponibles à l'heure actuelle (les POS sont consultables sur www.differentiatedcare.org). Le modèle sur lequel les GCRT ont été développés, c.-à-d. les groupes communautaires d'observance (GCA), ont été mis en place pour la première fois dans une zone rurale du Mozambique où il n'y avait accès qu'à des renouvellements de traitement d'un mois pour lesquels il fallait parcourir de longues distances (21). Sur une période de quatre ans, 5500 clients ont rejoint un CAG avec des taux de rétention

de 98% et 96% à 12 et 24 mois, respectivement (22). Le modèle de GCRT du Zimbabwe illustre bien la manière dont les adaptations qui tiennent compte des PVVIH (par ex. le souhait de groupes plus grands) et du contexte (par ex. les membres des GCRT ont accès à des renouvellements de traitement de 3 mois et n'ont donc pas besoin d'aller se réapprovisionner aussi souvent que dans le modèle pilote) ont été mises en œuvre. Des modèles similaires ont été mis en œuvre au Malawi (23), au Swaziland (15) et en Afrique du Sud.



« QUELS » SERVICES DEVRAIENT-ÊTRE OFFERTS ?

Les besoins médicaux d'un client sous TAR seront différents dans le continuum des soins de la vie d'un client. Étant donné que les besoins des clients stables sont différents lors d'une visite de renouvellement de traitement et d'une consultation clinique, il convient de déterminer l'ensemble des services supplémentaires (le cas échéant) qui accompagnera ces deux types de visites. Pour les visites de renouvellement de TAR, les options à considérer incluent le counseling, le counseling de groupe sur des sujets qui concernent les clients stables, les dépistages brefs des symptômes liés au TAR et/ou aux comorbidités et co-infections communes, et un soutien par les pairs. Dans la plupart des exemples, les modèles différenciés de prestation de TAR pour les clients stables excluent les mesures d'aide à l'observance, telles que le comptage des comprimés. La réduction des conseils en matière d'observance thérapeutique pour les clients stables permet de dégager des ressources supplémentaires pour intensifier les conseils en matière d'observance pour les clients ayant une charge virale élevée.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 6 : Le programme de soins de l'OMS pour les individus stables

« Le programme de soins pour les individus stables peut inclure :

- des visites moins fréquentes à la clinique (tous les 3-6 mois);
- des collectes de médicaments moins fréquentes (3-6 mois);
- des soins communautaires et;
- l'arrêt du suivi du taux de CD4 si le test de la charge virale est disponible.

Bien que des visites moins fréquentes à la clinique soient recommandées pour les individus stables, les enfants qui grandissent vite (0-5 ans) et les adolescents devront être suivis plus fréquemment afin de contrôler le dosage thérapeutique/les changements de poids et le soutien à l'observation. » (2).

Les clients stables ont toujours besoin de consultations cliniques régulières

Les clients stables devraient recevoir des consultations cliniques régulières dans le cadre de leur programme de soins. Ces consultations devraient porter notamment sur la prise en charge d'autres comorbidités, la fourniture de médicaments ou de renouvellement de traitement, le counseling et le soutien psychologique, et des interventions en laboratoire. Un exemple de liste de contrôle à utiliser lors d'une visite clinique est joint en Annexe 8.



Vous vous souvenez de John ?

John recevait des renouvellements de traitement tous les deux mois et venait à la clinique six fois par an. Comment l'intervention au niveau de la

composante « quoi » de la prestation différenciée des TAR l'a-t-il aidé ?

Andrew, le gestionnaire districte du TAR, a réduit la fréquence des consultations cliniques pour les clients stables à une fois par an (par rapport à six fois avant) dès que le test de la charge virale est devenu disponible. Par ailleurs, l'établissement a commencé à proposer des renouvellements de traitement de 3 mois. John n'a donc plus que quatre visites par an – trois pour les renouvellements de son TAR qu'il va chercher directement à la pharmacie et une consultation clinique. Cette différenciation a aussi réduit le temps qu'il passe dans l'établissement de soins primaires.

Considérations relatives à un accès étendu au suivi régulier de la charge virale

Le suivi de la charge virale devenant de plus en plus disponible, les modèles de prestation de TAR devraient être adaptés en conséquence. Avec une mesure objective de l'observance, les clients stables en état de suppression virale n'ont besoin que de consultations cliniques annuelles, comme c'est la pratique courante en Afrique du Sud. Par ailleurs, les clients qui présentent un taux élevé de CD4 et qui viennent de commencer un TAR peuvent présenter un état de suppression virale après trois ou six mois et être transférés dans un modèle de prestation de traitement pour clients stables.

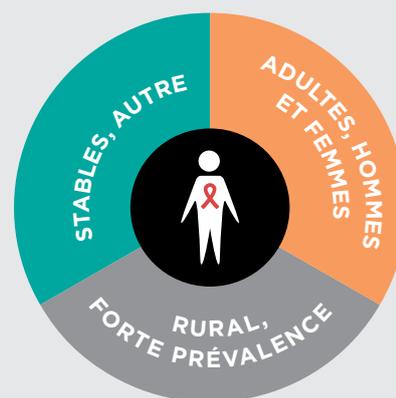
Exemple 4 :

Espacement des rendez-vous et renouvellements « accélérés » des traitements, Malawi

Aperçu

Dans les zones rurales du Malawi, en dépit d'une vaste décentralisation des services TAR vers toutes les cliniques de soins primaires, le personnel infirmier devait composer avec des queues de 40 ou 50 clients tous les jours. Les clients voyaient un personnel infirmier à chaque visite et attendaient souvent trois ou quatre heures pour obtenir leur renouvellement de traitement. Un modèle individuel « accéléré » en établissement a été développé pour les renouvellements de traitements. Pour pouvoir y prétendre, les clients doivent notamment : être sous TAR depuis plus de six mois; avoir plus de 18 ans; avoir une charge virale <1000 copies/ml; être sous un régime de première intention; ne souffrir d'aucune IO (y compris la TB) depuis trois mois; et ne pas être enceintes ni allaiter au sein. Les clients de ce modèle reçoivent trois mois de TAR directement de la pharmacie entre leurs consultations cliniques semestrielles. Ce modèle était destiné à des clients stables dans un milieu rural. L'espacement des rendez-vous associé aux renouvellements accélérés de traitements est un exemple de modèle individuel accéléré en établissement (page 7).

Les trois éléments des renouvellements « accélérés » des traitements



Les composantes de base des espacements de rendez-vous et des renouvellements « accélérés » des traitements

	RENOUVELLEMENT DES TRAITEMENTS	CONSULTATIONS CLINIQUES
 QUAND	Trimestriel	Bi-annuelle
 OÙ	Pharmacie à l'intérieur d'un établissement de soins de santé primaires	Établissement de soins de santé primaires
 QUI	Personnel de la santé non-professionnel qui distribue des TAR pré-emballés	Personnel infirmier
 QUOI	TAR pré-emballés	Consultation clinique Renouvellement de traitement

Résultats

En mars 2015, plus de 50% de la cohorte sous TAR du district (plus de 15 000 clients) étaient inscrits dans cette stratégie (19). La rétention de ceux inscrits dans le système accéléré était de 97% lors du suivi après 12 mois. En Afrique du Sud, les lignes directrices nationales sur l'observance préconisent des « rendez-vous espacés et par voie rapide » comme stratégie de collecte d'ordonnance renouvelable (13). De nombreux autres établissements dans d'autres pays proposent de manière informelle des visites rapides pour venir chercher les médicaments entre les visites cliniques, bien que les données sur ces modèles soient encore limitées.

A close-up photograph of a person wearing a red long-sleeved shirt, focused on writing on a form. The person's hands are the central focus, with the right hand holding a pink pen. The form is a medical or administrative document with various fields and text. In the background, there are rolls of paper and other forms on a desk, suggesting a clinical or administrative environment. The lighting is warm and focused on the person's hands.

PARTIE 5

CONCLUSION

CONCLUSION

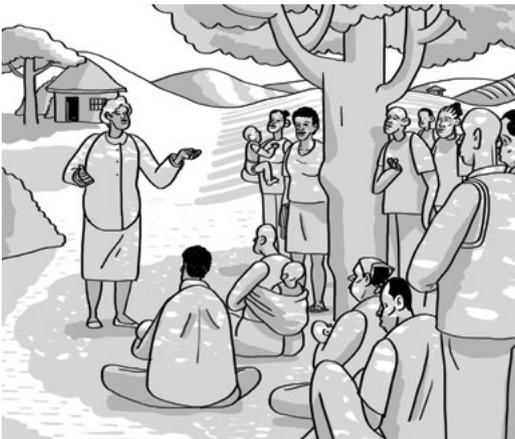
Avec le nombre croissant de personnes sous TAR, la prestation différenciée de TAR est un des éléments de la solution pour maintenir la qualité de la prise en charge des clients et réduire la charge qui pèse sur les agents de santé. Les adaptations des prestations de services doivent reposer sur une évaluation graduelle du contexte local et répondre aux besoins de la population tout en fournissant des services de manière plus efficace à la fois pour le système de santé et les clients.

Le Cadre Décisionnel utilise un plan d'évaluation en 5 étapes qui incorpore des composantes de base et des éléments de prise en charge différenciée en vue d'aider les gestionnaires de programmes TAR à déterminer les changements qu'ils peuvent apporter à leurs services de prestation des TAR. Ces changements doivent porter sur la fréquence et les lieux dans lesquels les services TAR sont fournis, les personnes qui fournissent le service, et l'adaptation continue des services en fonction des besoins médicaux changeants du client, des sous-populations et des facteurs contextuels. L'application systématique de ces étapes permettra d'adopter une approche de la prestation des TAR axée sur les clients.

Bien que la prestation différenciée des TAR se concentre essentiellement sur les clients stables dans cette première phase, d'autres travaux et une science de la mise en œuvre plus poussée sont nécessaires pour explorer la manière de renforcer les services pour les clients en échec thérapeutique, ceux qui souffrent de comorbidités, et pour les sous-populations dont les résultats thérapeutiques sont sous-optimaux. De même, les principes de la prise en charge différenciée, qui reposent sur les composantes de base et les éléments, peuvent et devraient être appliqués au continuum des soins VIH et à d'autres maladies chroniques.

Nous espérons que ce cadre et le recueil d'outils pratiques qui l'accompagne vous aideront à entamer une différenciation de la prestation des traitements antirétroviraux dans votre environnement. Vos commentaires sur le présent document sont les bienvenus.

Contactez-nous à l'e-mail suivant : decisionframework@iascoiety.org ou consultez le site www.differentiatedcare.org pour de plus amples renseignements.



Grâce à la prestation différenciée des TAR, Mary s'est prise en charge et aide d'autres PVIH dans sa communauté.



Grâce à la prestation différenciée des TAR, John peut retourner à ses occupations sans perdre de temps à faire la queue à la clinique.



Grâce à la prestation différenciée des TAR, Andrew a constaté des améliorations de la satisfaction des clients et des résultats.



Grâce à la prestation différenciée des TAR, Jane peut fournir des soins de qualité à ses clients.

FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

Vous vous souviendrez que dans la 2e Partie, Andrew a utilisé le processus en 5 étapes pour déterminer la manière de différencier la prestation des TAR dans son district. Dans cette partie, nous répondons aux questions couramment soulevées à propos de la mise en œuvre de la prestation différenciée des TAR.

Approvisionnement en TAR

Question : Si le système d'approvisionnement national ne peut pas honorer les renouvellements de traitements plus longs, cela veut-il dire que nous ne pouvons pas différencier la prestation de TAR ?

Réponse : Non. L'incapacité à fournir des renouvellements de traitements plus longs ne devrait pas être un obstacle à la différenciation de la prestation des TAR reposant sur l'approche des composantes de base et des éléments. En fait, c'est parce qu'ils n'avaient accès qu'à un seul mois d'approvisionnement en TAR que les clients au Mozambique ont créé des groupes communautaires TAR.

Cependant, sans un bon approvisionnement en TAR, les gains potentiels d'une prestation différenciée des TAR risquent de ne pas être maximisés. Le renforcement du système de prévision, du système d'approvisionnement et de la chaîne logistique nécessite des investissements continus.

Question : La prestation de TAR à la communauté compromet-elle la sécurité des médicaments ?

Réponse : Non. À ce jour, dans les pays où les TAR ont été distribués dans les communautés, aucun incident de médicaments qui n'arrivent pas, qui manquent ou qui sont volés n'a été documenté ou signalé.

Il existe plusieurs mesures que l'on peut prendre pour éviter une mauvaise prestation ou la perte de médicaments :

- Les chefs et les organisations communautaires représentant les PVVIH doivent être consultés et participer au programme dès son lancement.
- Toutes les PVVIH recevant leur TAR par l'intermédiaire de modèles hors établissement devraient comprendre leur régime, en connaître le nom et savoir à quoi ressemble l'emballage de leur préparation.
- Avant de distribuer les TAR aux communautés, tous les médicaments devraient être pré-emballés dans l'établissement.
- La dispensation des TAR devrait être contrôlée au sein du système normalisé de S&E et chaque TAR non collecté devrait être signalé à l'établissement.

Ressources humaines formées, supervisées et motivées

Question : Avons-nous besoin de personnel supplémentaire pour différencier la prestation des TAR ?

Réponse : La prestation différenciée des TAR ne nécessite pas d'effectifs supplémentaires. Cependant, des agents de santé doivent être engagés dès le début de la mise en œuvre de façon à ce qu'ils comprennent pourquoi le changement est opéré et comment l'intervention sera contrôlée.

L'étape initiale de planification pour différencier la prestation des TAR peut nécessiter de faire appel à un agent de santé expérimenté, tel qu'un coordinateur districte de TAR, afin de lancer la formation et de réorganiser le parcours des clients dans la clinique.

Au lieu de définir la catégorie de personnel nécessaire pour un modèle donné, il est recommandé de déterminer la façon dont le service peut être mis en œuvre dans un environnement donné. De nombreuses cliniques ont trouvé des solutions locales à la dotation en personnel des modèles différenciés de prestation des TAR. Par exemple, une sage-femme spécifique pourrait être chargée de réorganiser les rendez-vous et le parcours des clients de la clinique pour faciliter l'intégration de la PTME, ou un personnel de santé non professionnel ou un client expert pourrait être chargé d'animer un club d'observance des TAR.

Question : Le personnel non-professionnel volontaire peut-il faciliter la prestation différenciée des TAR ?

Réponse : Le personnel de santé non-professionnel a joué un rôle clé dans le succès de nombreux modèles de prestation différenciée des TAR. Par exemple, ils ont animé des journées pédiatriques organisées dans l'établissement et ont formé des groupes TAR communautaires. Bien que le volontariat puisse s'avérer très efficace lorsqu'il est bien coordonné, il est déconseillé de s'en remettre entièrement à des services volontaires pour mettre en place une prestation à long terme, durable et homogène de TAR. Une évaluation doit être réalisée pour définir clairement les tâches entreprises par le personnel non professionnel et un plaidoyer en faveur d'une reconnaissance et d'une rémunération appropriées doit être encouragé.

Accès au suivi systématique de la charge virale

Question : Peut-on différencier la prestation des TAR dans les environnements caractérisés par un suivi systématique de la charge virale limité voire inexistant ?

Réponse : Oui. Bien que le suivi de la charge virale facilite la différenciation de la prestation des TAR en procurant une évaluation quantitative du succès du traitement, son absence ne devrait pas constituer un obstacle à la différenciation de la prise en charge. De nombreux modèles de prise en charge différenciée ont été élaborés avant que le test de la charge virale ne soit disponible. On peut définir la « stabilité » conformément aux recommandations de l'OMS en utilisant des critères immunologiques ou des critères cliniques.

Cependant, l'accès au suivi de la charge virale peut réassurer à la fois le clinicien et le client sur l'efficacité du TAR et jeter des bases plus solides pour introduire l'autogestion par le client, réduire la fréquence des visites et délocaliser la prestation des TAR vers les communautés.

Question : Comment l'accès au suivi systématique de la charge virale favorise-t-il la différenciation de la prestation des TAR ?

Réponse : L'intensification du test de la charge virale est principalement considérée comme une intervention visant à identifier de manière précoce l'échec du traitement et d'orienter les clients vers un traitement de deuxième intention. Le test systématique de la charge virale permet notamment d'identifier les clients qui adhèrent au traitement et qui pourraient être vus moins souvent et dans la communauté. Le suivi systématique de la charge virale peut être rentable si les clients qui sont en état de suppression virale reçoivent un TAR adapté au résultat (24). La présence d'un état de suppression virale donne aux cliniciens une mesure objective d'observance qui peut justifier des consultations cliniques moins fréquentes. La réduction des consultations cliniques à une par an pour les clients en état de suppression virale devrait être considérée en présence d'un accès au suivi systématique de la charge virale.

Appui des donateurs internationaux

Question : Les donateurs internationaux acceptent-ils la prestation différenciée des TAR ?

Réponse : Oui. Au cours des cinq dernières années, plusieurs interventions de prestation différenciée de TAR ont été documentées. Sur la base de cette expérience, le Fonds Mondial a élaboré un guide sur la prise en charge différenciée (25) et le PEPFAR a inclus les concepts de prestation différenciée des TAR dans ses considérations techniques de 2016 (10) qui guident l'élaboration des plans opérationnels des pays. Bon nombre de ces interventions nécessitent désormais une mise en œuvre à grande échelle dans le cadre des opérations courantes et un système de suivi et d'évaluation de la qualité pour contrôler les résultats des TAR.

Les États membres « s'engagent à bâtir des systèmes de santé axés sur les personnes... en élargissant la prestation de services assurée par les communautés en vue qu'elle représente au moins 30% de toutes les prestations de services d'ici 2030. »

– Assemblée Générale des Nations Unies, Déclaration politique sur le VIH et le SIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici 2030, Juin 2016

REMERCIEMENTS SPÉCIAUX

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

Merci au Groupe de travail technique pour son soutien et ses commentaires précieux – Helen Bygrave (rédactrice consultante), Tom Ellman (MSF), Peter Ehrenkranz (BMGF), Robert Ferris (USAID), Nathan Ford (WHO), Anna Grimsrud (IAS), Tara Mansell (IAS), Maureen Murenga (ICW), Kevin Osborne (IAS), Annette Reinisch (Fonds Mondial), George Siberry (OGAC), Isaac Zulu (CDC).

Merci au Comité directeur pour ses conseils – Linda-Gail Bekker (IAS), Meg Doherty (OMS), Tom Ellman

(MSF), Peter Ehrenkranz (BMGF), Ade Fakoya (Fonds Mondial), Nicole Fraser-Hurt (Banque mondiale), Shannon Hader (CDC), Chris Mallouris (UNAIDS), Lillian Mworeko (ICW), Lisa Nelson (OGAC), Owen Ryan (IAS), David Stanton (USAID). Merci aussi aux invités spéciaux du Comité directeur – Maureen Amagove Inimah (NASCO, Kenya), Josef Amann (CDC), Tsitsi Apollo (MoHCC Zimbabwe), Mark Dybul (Fonds Mondial), Emilio Emini (BMGF), Michael Johnson (Fonds Mondial), Thoko Kalua (MoH Malawi), Carol Langley (OGAC).

Merci aussi à l'AIDS Rights Alliance of Southern Africa (ARASA) et à l'International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) pour leur collaboration avec la société civile et pour avoir compilé les perceptions des communautés sur la prise en charge différenciée qui ont informé ce travail.

Merci aux collègues du Zimbabwe et du Swaziland pour leur soutien lors de nos consultations – et notamment à Tsitsi Apollo et Joseph Murungu du Ministère zimbabwéen de la Santé et du bien-être de l'enfance et Nomthandazo Lukhele et à Munyaradzi Pasipamire du programme national de lutte contre le SIDA du Swaziland.

Un merci tout particulier aux organisations qui ont fourni le contenu du Cadre Décisionnel, notamment MSF, TASO, l'OMS et les ministères de la santé d'Afrique du Sud, du Swaziland et du Zimbabwe.

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

RÉFÉRENCES

1. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, Switzerland UNAIDS, 2014.
2. 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., 2016.
3. 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;20(4):430-47.
4. Fox MP, Rosen S. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis 2008-2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(1):98-108.
5. 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;61(9):1453-61.
6. UNAIDS M. Community-based antiretroviral therapy delivery: experiences from MSF. Geneva: UNAIDS, 2015.
7. Bemelmans M, Baert S, Goemaere E, Wilkinson L, Vandendyck M, van Cutsem G, et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. 2014;19(8):968-77.
8. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS, 2016.
9. Khabala KB, Edwards JK, Baruani B, Sirengo M, Musembi P, Kosgei RJ, et al. Medication Adherence Clubs: a potential solution to managing large numbers of stable patients with multiple chronic diseases in informal settlements. *Trop Med Int Health*. 2015;20(10):1265-70.
10. PEPFAR. PEPFAR Technical Considerations for COP/ROP 2016. Washington, DC: U.S. Department of State, 2016.
11. 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;In press.
12. Tsondai P, Wilkinson L, Grimsrud A, Mdlalo P, Trivino A, Boule A. High rates of retention and viral suppression in the Scale-up of Antiretroviral Therapy Adherence Clubs in Cape Town, South Africa. In: IAS, editor. *AIDS 2016*; Durban, South Africa, 2016.
13. South African Department of Health. Adherence guidelines for HIV, TB and NCDs: Policy and service delivery guidelines for linkage to care, adherence to treatment and retention in care. In: Health Do, editor. Pretoria, South Africa 2016.
14. Ministry of Health and Child Care. Operational and Service Delivery Manual for the Prevention, Care and Treatment of HIV in Zimbabwe. In: Programme AT, editor. Harare, Zimbabwe: Ministry of Health & Child Care; 2015.
15. 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.
16. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.
17. Mbonye M, Seeley J, Ssembajja F, Birungi J, Jaffar S. Adherence to antiretroviral therapy in Jinja, Uganda: a six-year follow-up study. *PLoS One*. 2013;8(10):e78243.
18. Okoboi S, Ding E, Persuad S, Wangisi J, Birungi J, Shurgold S, et al. Community-based ART distribution system can effectively facilitate long-term program retention and low-rates of death and virologic failure in rural Uganda. *AIDS Res Ther*. 2015;12:37.
19. Médecins Sans Frontières. Reaching closer to home: Progress implementing community-based and other adherence strategies supporting people on HIV treatment, 2013.
20. Médecins Sans Frontières. HIV/TB counselling: Who is doing the job? Médecins Sans Frontières, 2015.
21. Decroo T, Telfer B, Biot M, Maikere J, Dezembro S, Cumba LI, et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete province, Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010.
22. Decroo T, Koole O, Remartinez D, dos Santos N, Dezembro S, Jofrisse M, et al. Four-year retention and risk factors for attrition among members of community ART groups in Tete, Mozambique. *Trop Med Int Health*. 2014;19(5):514-21.
23. National AIDS Commission of Malawi U, Mothers2Mothers, Medicines sans Frontieres. Engaging the community to reach 90-90-90: A review of evidence and implementation strategies in Malawi. 2015.
24. Phillips A, Shroufi A, Vojnov L, Cohn J, Roberts T, Ellman T, et al. Sustainable HIV treatment in Africa through viral-load-informed differentiated care. *Nature*. 2015;528(7580):S68-76.
25. The Global Fund. A Toolkit for Health Facilities: Differentiated Care for HIV and Tuberculosis. Geneva, Switzerland: The Global Fund, 2015.

ANNEXES



ANNEXE 1 :

Processus d'élaboration du Cadre Décisionnel

L'International AIDS Society (IAS) a été le fer de lance de l'élaboration du *Cadre Décisionnel pour la prestation des TAR*. Pour superviser ce processus et développer un recueil d'outils en ligne visant à faciliter la mise en œuvre d'une prestation différenciée des traitements antirétroviraux (TAR), l'ISA a convié un comité directeur regroupant plusieurs organismes et un groupe de travail technique composé de représentants d'organismes donateurs et de mise en œuvre internationaux clés (Fondation Bill & Melinda Gates, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria, le programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA, Médecins Sans Frontières, l'Office du coordinateur américain de lutte contre le SIDA dans le monde et de la diplomatie au service de la santé, l'Agence des États-Unis pour le développement international, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé), les réseaux des personnes vivant avec le VIH (la communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA) et les membres de plusieurs ministères de la santé. Ce travail a été informé par la participation de la société civile et des communautés en collaboration avec l'AIDS Rights Alliance of Southern Africa et l'International Treatment Preparedness Coalition. L'utilisation du *Cadre Décisionnel pour la prestation des TAR* a été approuvée par les programmes nationaux de TAR et les partenaires de mis en œuvre de pays soutenus par les organismes ayant participé à son élaboration.

Les étapes suivantes ont été suivies :

- Étude de la documentation évaluée par les pairs, revues systématiques, revues des directives internationales et examen des programmes de prestation différenciée des TAR;
- Réunion du groupe technique et du comité directeur pour développer le contenu du cadre décisionnel et planifier la mise en œuvre future entre les organismes de mise en œuvre;
- Collaboration avec la société civile à travers des consultations communautaires sur la définition et les implications de la prise en charge différenciée;
- Évaluation par les pairs du cadre décisionnel réalisée par les membres du groupe de travail technique;
- Diffusion et promotion du cadre décisionnel à travers des projets pilotes menés dans des pays et en collaboration avec le lancement des lignes directrices de l'OMS relatives à la prestation de services.

ANNEXE 2 :

Principes directeurs des modèles différenciés de prestation de TAR au Swaziland

Extrait du Programme national de lutte contre le SIDA du Swaziland (SNAP) « Guideline for Community-Centred models of ART service delivery in Swaziland », 2016.

1. Consentement éclairé : Tous les patients séropositifs seront éduqués sur les avantages du TAR et les différents modèles de prestation de services afin de faire un choix éclairé et consentir verbalement à un modèle préféré.
2. Droits de l'homme et dignité humaine : La vie privée et la confidentialité seront respectées lors de la prestation TAR dans tous les modèles en vue d'améliorer le confort et la confiance des patients.
3. Qualité des soins et bonne pratique clinique : les normes de soins en matière de TAR seront maintenues dans tous les modèles de prestation de services.
4. Intégration : La prestation de services associée au TAR s'efforcera d'intégrer les soins critiques pour inclure le traitement préventif à l'isoniazide (IPT) et les maladies non transmissibles (MNT) ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation et la gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments.
5. Flexibilité : Les modèles de prestation de services associés au TAR permettront aux patients d'intégrer n'importe lequel des modèles sans interrompre leur traitement. La flexibilité adoptera une approche axée sur les clients.
6. Participation des PVVIH : Des groupes de soutien des PVVIH participeront à la mise en œuvre des modèles de prestation de services associés au TAR.
7. Approche axée sur les patients : Il s'agit d'une approche qui vise essentiellement à répondre aux besoins en soins des malades chroniques et qui donne les moyens aux clients de participer activement à leurs soins.

ANNEXE 4 :

Questionnaire à remplir par l'établissement pour une évaluation de base de la prestation différenciée des TAR

Questionnaire sur la prestation différenciée des TAR à remplir par l'établissement	Site :
Les éléments de la prestation différenciée des TAR	
La prestation du TAR est-elle différenciée pour les patients stables ?	
La prestation du TAR est-elle différenciée pour les patients ayant une charge virale élevée ?	
La prestation du TAR est-elle différenciée pour les patients ayant d'autres besoins médicaux ?	
La prestation du TAR est-elle différenciée pour les femmes enceintes et celles qui allaitent au sein ?	
La prestation du TAR est-elle différenciée pour les enfants et les adolescents ?	
La prestation du TAR est-elle différenciée pour les hommes ?	
La prestation du TAR est-elle différenciée pour les populations clés ?	
La prestation du TAR est-elle différenciée en fonction des facteurs contextuels ?	
Les composantes de base de la prestation différenciée de TAR	
Où est dispensé le TAR ? (Établissement ou établissement et communauté)	
Quel est le calendrier du suivi clinique dans la clinique ?	
Quel est le calendrier du suivi du counseling ?	
Quel est le calendrier du suivi laboratoire ?	
Quel est le renouvellement de traitement maximum autorisé pour les patients ?	
Quel est le renouvellement maximum (X mois) qui est en effectivement donné aux clients stables ?	
Les patients voient-ils le personnel infirmier à chaque visite ou les visites cliniques et de renouvellement de TAR sont-elles différenciées ?	
Qui effectue la consultation relative au TAR ?	
Les patients collectent-ils leur traitement individuellement ?	
Les patients collectent-ils leur traitement dans une dynamique de groupe ?	
Point de vue des agents de santé	
Combien de jours par semaine le TAR est-il dispensé ?	
De quelle heure à quelle heure le TAR est-il dispensé ?	
Combien de clients chaque agent de santé voit-il au cours d'une journée de TAR ?	
Point de vue du client	
Quelle est la distance que les patients doivent parcourir pour se rendre à votre clinique ?	
Combien de temps les clients attendent-ils entre le moment où ils arrivent et le moment où ils repartent ?	
Suivi et évaluation	
Nombre sous TAR	
Rétention d'adultes à 12 mois %	
Rétention d'adultes à 48 mois %	
Rétention pédiatrique à 12 mois %	
Rétention pédiatrique à 48 mois %	
Rétention PTME à 12 mois %	
Rétention PTME à 48 mois %	
Existe-il un système de rendez-vous et de suivi ?	

ANNEXE 5 :

Modèle pour évaluer les politiques applicables en matière de prestation différenciée de TAR

 QUAND	<p>Quelle est la fréquence minimale des consultations/visites cliniques ?*</p> <p>Quel est le renouvellement de traitement maximum autorisé ?*</p> <p><i>*Ces recommandations s'appliquent-elles à l'ensemble des adultes, adolescents, enfants et populations clés vivant avec le VHI ?</i></p>
 OÙ	<p>Les TAR peuvent-ils être distribués dans établissements de santé périphériques ?*</p> <p>Les TAR peuvent-ils être distribués au niveau communautaire ?*</p> <p><i>*Ces recommandations s'appliquent-elles à l'ensemble des adultes, adolescents, enfants et populations clés vivant avec le VHI ?</i></p>
 QUI	<p>Est-ce que les cliniciens non-médecins, les sages-femmes et le personnel infirmier peuvent maintenir les clients sous TAR ?*</p> <p>Est-ce que les agents de santé communautaires formés et supervisés peuvent dispenser les TAR entre les visites cliniques régulières ?*</p> <p>Est-ce que les agents de santé communautaires formés et supervisés peuvent distribuer les TAR entre les visites cliniques régulières ?*</p> <p>Existe-t-il une politique permettant aux clients d'envoyer un « copain de traitement » ou un représentant pour aller chercher, en son nom, les renouvellements de traitement ?</p> <p><i>*Ces recommandations s'appliquent-elles à l'ensemble des adultes, adolescents, enfants et populations clés vivant avec le VHI ?</i></p>
 QUOI	<p>Existe-t-il des politiques relatives à la prise en charge communautaire ?*</p> <p>Existe-t-il des politiques définissant les critères d'un « client stable » ?*</p> <p>Existe-t-il une politique en faveur de l'arrêt du suivi du comptage des CD4 lorsque le test de charge virale est disponible ?*</p> <p><i>*Ces recommandations s'appliquent-elles à l'ensemble des adultes, adolescents, enfants et populations clés vivant avec le VHI ?</i></p>

ANNEX 6 :

Considérations pour d'autres groupes de clients

Sur la base des éléments, répétez l'étape 3 pour différents groupes de clients. Sinon, indiquez ci-dessous les variations qu'il existe dans la différenciation de la prestation des TAR pour ces groupes.

Dans un premier temps, envisagez d'augmenter le nombre de jours par semaine où les TAR sont dispensés et/ou d'étendre les heures de services.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

A. Stable – autre définition

B. Clients instables (CV élevée)

C. Instable (autre)

D. Clients souffrant de comorbidités

Résumé des adaptations du modèle de prestation de services sur la base des caractéristiques cliniques :

SOUS-POPULATION

A. Femmes enceintes et allaitant au sein

Résumé des adaptations du modèle de prestation de services pour les femmes enceintes et allaitant au sein :

Prise de rendez-vous le même jour ?

Intégration des services liés aux soins prénataux et aux TAR ? Modèle de club ?

Clinique pour mère et nourrisson ?

B. Hommes

Résumé du modèle de prestation de services pour les hommes :

Prolongement des heures ?

C. Enfants et adolescents

Résumé du modèle de prestation de services pour les enfants et les adolescents :

Prise de rendez-vous le même jour ? Modèle familial de prestation des TAR ?

Soutien pour la transition de la prestation de TAR de l'adolescent à l'adulte ?

Soutien psychologique supplémentaire pour les adolescents ?

D. Populations clés

Résumé du modèle de prestation de services pour les populations clés :

HSH ?

TS ?

PID ?

TG ?

CONTEXTE

A. Urbain/rural

B. Contexte instable

C. Type d'épidémie

Résumé du modèle de prestation de services sur la base du contexte :

ANNEXE 7 :

Aperçu de la mécanique des modèles – le « comment »

Le formulaire suivant doit être rempli en suivant l'approche à 5 étapes de la prestation différenciée des TAR. Il contient les questions pratiques qui déterminent la manière dont fonctionne le modèle – le « comment ». Ce n'est qu'après avoir choisi le « où », le « quand », le « qui » et le « quoi » que vous pouvez poursuivre avec le « comment ». Vous trouverez des exemples sur le site Web www.differentiatedcare.org.

MÉCANIQUE DU MODÈLE

	Renouvellement de TAR	Consultations cliniques
Approche individuelle/de groupe		
Qui y participe ?		

Recrutement des clients

Où	
Par qui	
Évaluation d'admissibilité	
Formation de groupe	

Divulgateion du VIH

A-t-elle lieu ?	
Si oui, où ?	

Calendrier annuel des visites au centre de soins pour le client

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Harmonisation des visites de renouvellement de TAR et des visites de prélèvement sanguin

En existe-t-il une ?	
----------------------	--

Harmonisation des visites de renouvellement de TAR et des visites cliniques

En existe-t-il une ?	
----------------------	--

Stratégie et timing pour intervenir en cas de CV élevée/ résultats alarmants

Stratégie	
Période d'action minimale/risque d'échec de l'action	
Période d'action maximale/risque d'échec de l'action	

Potentiel de services de proximité de l'établissement

Par qui	
Précisions	

Préparation des renouvellements de traitements

Le TAR est-il pré-emballé ?	
Si oui, par qui ?	

Remise des renouvellements de TAR dans un lieu de rencontre de groupe

Comment	
Par	

Critères d'orientation médicale

Critères	
Par	
À	
Quand	

Orientation vers un établissement (retour à la norme de soins)

Critères	
Communiqué par	

Dossiers des clients

Dossier clinique de l'établissement	
Carte de traitement	

Système de suivi

Dans le lieu de rencontre du groupe	
Dans l'établissement de santé	

PERSONNEL

Impact du modèle de prestation de TAR sur :

Personnel de santé non	
Personnel infirmier	
Responsable de l'établissement	
Pharmacien/assistant en pharmacie	
Commis aux données	

FORMATION

FORMATION DU CLIENT	FORMATION DU PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT
Intensité de la formation requise :	Intensité de la formation requise :
Détails :	Détails :

ANNEXE 8 :

Modèle de liste de contrôle de visite clinique tiré des procédures opérationnelles standards nationales du Swaziland

Tableau 1 : Liste de contrôle pour les visites cliniques semestrielles

Liste de contrôle pour les visites cliniques du client pour le TAR effectuées tous les six mois
<ul style="list-style-type: none">• Noter les antécédents cliniques, procéder à l'examen physique et déterminer le stade de la maladie selon le système de classification de l'OMS.• Déterminer la présence/gérer les infections opportunistes (IO) et enquêter sur tous les cas présumés de TB.• Vérifier s'il y a encore des résultats de test qui doivent être communiqués au client.• Étudier le dossier d'observance du client : vérifier si le client est sous le bon régime et le suit correctement.• Déterminer s'il y a des changements du bien-être psychosocial du client susceptible d'influencer les soins chroniques dans le cadre du TAR.• Veiller à ce que tous les champs nécessaires sont remplis dans le dossier de soins chroniques, le registre des rendez-vous, le livret du client et les dossiers de suivi du patient sous TAR (APRM) ou le système d'information de gestion du client (CMIS). Les ordonnances doivent être remplies en entier.• Déterminer si le client peut toujours prétendre au modèle privilégié et noter tout commentaire pertinent de sa part.• Veiller à intégrer d'autres composantes des soins : FP, IPT, MNT, dépistage du cancer du col de l'utérus etc.• Documenter les incidents significatifs dans le dossier du client.





PRISE EN CHARGE DIFFERENCIÉE POUR LE VIH : CADRE DÉCISIONNEL POUR LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Publié par: International AIDS Society (IAS)
Contact: decisionframework@iasociety.org
Durban, Afrique du Sud. Juillet 2016

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.

Samantha Reinders (photos de couverture tout à gauche et deuxième à partir de la droite, pages 8 et 30), N'gadi Ikram (photo de couverture tout à droite), Peter Casaer (intérieur du plat recto), Miguel Cuenca (page 22) – avec l'aimable autorisation de MSF. Kallol Sen (page 2), Asad Rassel (page 14), Tushar Sharma (photo de couverture troisième à partir de la gauche et page 36) Pradeep Tewari (photo de couverture deuxième à partir de la gauche et and troisième de couverture) – avec l'aimable autorisation de Photoshare.

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

Conception: Design for development, www.d4d.co.za

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

Je dois améliorer les résultats de rétention dans mon district.



Andrew, gestionnaire
districtal du TAR

Je dois marcher longtemps pour me rendre à la clinique.



Mary, une cliente

Je me sens toujours pressée et je vois trop de clients. Pourquoi dois-je voir les clients stables tous les mois ?



Jane, une infirmière

Je me sens en bonne santé et j'ai besoin de travailler.



John, un client