

## LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DU VIH/SIDA

Delphine Lefevre *et al.*

**S.F.S.P.** | *Santé Publique*

2014/6 - Vol. 26  
pages 879 à 888

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-879.htm>

Pour citer cet article :

Lefevre Delphine *et al.*, « Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida », *Santé Publique*, 2014/6 Vol. 26, p. 879-888.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida

## *Community health workers in HIV/AIDS care*

Delphine Lefeuvre<sup>1,2</sup>, Mamadou Dieng<sup>1</sup>, Farid Lamara<sup>1</sup>, Gilles Raguin<sup>1</sup>, Christophe Michon<sup>1</sup>

### ➔ Résumé

**Introduction :** Le manque de ressources humaines permettant une prise en charge de qualité des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) dans les pays à ressources limitées peut être, en partie, compensé par la mise en place d'agents de santé communautaires (ASC) travaillant en appui des professionnels de santé. L'objectif de cet article consiste à décrire les caractéristiques des ASC et étudier l'impact de leur intervention sur la prise en charge du VIH.

**Méthodes :** Une revue de la littérature a été réalisée via PubMed et les sites des organisations internationales, incluant des études décrivant les impacts de l'intervention des ASC sur la prise en charge thérapeutique des PVVIH.

**Résultats :** Treize articles ont été sélectionnés (douze études). Les appellations et les fonctions des ASC sont multiples, la formation et la rémunération très hétérogènes. Néanmoins, l'impact de leur intervention apparaît positif. Les essais cliniques comparant une prise en charge communautaire *versus* hospitalière ne révèlent pas de différences significatives sur la survie, la rétention, la charge virale ou les CD4. La prise en charge par les ASC améliore la qualité de vie, l'observance et la confiance en soi et diminue la stigmatisation (études qualitatives). Elle permet aussi de couvrir des zones jusqu'à présent isolées.

**Conclusion :** Les ASC ont des dénominations, des fonctions, des formations et des rémunérations diverses. Leurs interventions constituent une valeur ajoutée pour la prise en charge thérapeutique des PVVIH et le renforcement des systèmes de santé. Leur reconnaissance par les systèmes de santé reste marginale, demeurant une priorité de santé publique.

**Mots-clés :** Agents de santé communautaire ; Pays en voie de développement ; Prise en charge de la maladie ; Prise en charge personnalisée du patient ; Séropositivité VIH.

### ➔ Summary

**Introduction:** Faced with the lack of human resources manage people living with HIV/AIDS (PLWHA) in developing countries, community health workers (CHWs) provide support to health professionals. The objective of this study was to describe the characteristics of CHWs and study the impact of their intervention on HIV care. A literature search was performed on Pubmed and the websites of international organizations.

**Methods:** A literature review was conducted, including studies describing the impact of the CHWs' intervention on the care of PLWHA.

**Results:** Thirteen articles were selected concerning twelve studies. The names and functions of CHWs are multiple; training and remuneration are very heterogeneous. Nevertheless, the impact of their intervention appears to be positive. Trials comparing community-based care versus hospital care show no difference between the two in terms of survival, retention, viral load or CD4 counts. The support provided by CHWs improves quality of life, compliance and self-confidence and decreases stigma (qualitative studies). It also allows coverage of previously remote areas.

**Conclusion:** CHWs have various names, functions, formations and salaries. Their actions appear to have a positive impact both on the therapeutic management of PLHIV and on strengthening health systems. Recognition of CHWs by health systems remains marginal and remains a public health priority.

**Keywords:** Community health workers; Developing countries; Disease management; Case management; HIV seropositivity.

<sup>1</sup> GIP ESTHER – Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau – 62, bd Garibaldi – 75015 Paris.

<sup>2</sup> AP-HP – Paris.

## Introduction

Les pays à ressources limitées, dans lesquels le VIH/sida représente un lourd fardeau, sont souvent confrontés à un manque de ressources humaines pour délivrer une prise en charge de qualité aux personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH). Après l'obtention de leur diplôme, nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) quittent leur pays pour des positions plus attractives, principalement en Europe, aux États-Unis ou en Australie. Ceux qui restent travaillent souvent dans des conditions difficiles engendrant une perte de productivité. Par ailleurs, on observe une grande disparité dans la répartition géographique des professionnels de santé (les zones rurales sont particulièrement délaissées). Par conséquent, même lorsque des ressources humaines s'avèrent disponibles (en zone urbaine), elles ne sont pas forcément utilisées de façon optimale. En 2011, près de 69 % des PVVIH sont des habitants de l'Afrique sub-saharienne, alors que la région ne comptabilise que 3 % des personnels de santé au niveau mondial [1, 2]. Dans ce contexte, l'appui de la communauté et la délégation des tâches à des agents de santé communautaires (ASC) sont essentiels pour relever les défis de la prise en charge globale du VIH/sida dans les pays à ressources limitées [3]. En outre, les membres de la communauté participent ainsi aux soins et au système de santé et contribuent au développement de la « démocratie sanitaire ».

Le concept d'ASC n'est pas nouveau : depuis plusieurs décennies, des programmes de santé impliquent les communautés. La déclaration de la conférence d'Alma-Ata en 1978 mettait en avant l'importance de la participation communautaire pour les soins de santé primaires, comme un moyen de réduire les inégalités en santé [4]. Les différents programmes ont souffert de nombreuses contraintes, liées à la formation des ASC, leur supervision, l'absence de rémunération, les problèmes d'équipements ou encore l'opposition des professionnels de santé. Par ailleurs, la récession économique des années 1980 a participé à l'effondrement des programmes impliquant des ASC [5]. Devant l'épidémie de VIH/sida et l'incapacité des systèmes de santé à apporter des soins de qualité, un regain d'intérêt pour les ASC s'est manifesté dans les années 1990. Plus récemment, la crise des ressources humaines en santé des pays à ressources limitées a redynamisé le débat sur les ASC et la délégation des tâches à des personnels moins qualifiés [6].

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les ASC (*community health workers* – CHW en anglais) doivent être des membres de la communauté pour laquelle ils travaillent et être sélectionnés par celle-ci. Ils doivent répondre de leurs activités auprès des communautaires, être soutenus par le système de santé mais pas forcément en tant que membre à part entière de la pyramide sanitaire, et avoir une formation plus courte que les professionnels [5]. Ils n'ont normalement pas de diplôme professionnel ou de troisième cycle, mais délivrent des prestations de santé après avoir été formés dans le contexte de l'intervention [6, 7]. Ils peuvent être volontaires, ou recevoir un salaire pour leur travail [8].

Cet article vise notamment à décrire les caractéristiques des ASC (typologie, fonctions, formation, rémunération) et étudier l'impact de leur intervention sur la prise en charge du VIH/sida, à partir d'une revue de la littérature.

## Méthodologie

Une revue de la littérature a été réalisée à partir de PubMed, utilisant les termes *community health workers* ou *psychosocial counsellor*, *HIV* et *care*, ainsi que sur les sites des organisations internationales (période d'analyse : 1983-2013). Il n'y avait pas de restriction sur le type d'étude (études qualitative ou quantitatives, rapports, revues systématiques). Les références des revues systématiques retenues ont également été étudiées.

Les articles étaient retenus s'ils relataient les impacts de l'intervention des ASC sur la prise en charge thérapeutique des PVVIH dans les pays à ressources limitées. Les études traitant uniquement du conseil-dépistage et de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) n'ont pas été retenues car elles n'intégraient pas la dimension thérapeutique. De plus, les études se focalisant sur des populations-clés (travailleuses du sexe, homosexuels, usagers de drogue) ont été exclues car ces populations, du fait de leur situation, ont des difficultés d'accès aux soins très spécifiques. Les abstracts pour lesquels les articles n'étaient pas accessibles, ont été exclus.

Une première sélection a été effectuée sur les titres et abstracts. Les articles des abstracts retenus ont été recherchés et étudiés le cas échéant, de façon à retenir ceux correspondant à l'objectif de l'étude. Pour chaque article, les informations suivantes ont été recueillies : type d'étude, typologie des ASC, fonctions, caractéristiques de leur formation, rémunération et impacts sur les personnes

prises en charge, les ASC eux-mêmes et le système de santé. Les informations des articles retenus ont finalement été synthétisées.

## Résultats

### Sélection des articles

Treize articles ont été sélectionnés, dont deux d'un même auteur concernant une étude de cohorte prospective [9, 10] (figure 1). Les douze études se composaient de : quatre essais contrôlés randomisés [11-14], deux études de cohorte prospectives [9, 10, 15], trois études qualitatives [16-18], deux études mixtes quantitatives et qualitatives [19, 20] et une étude multi pays [21]. Parmi les treize articles, neuf avaient déjà été rapportés dans trois revues de littérature étudiant les programmes à base communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH [7, 22, 23].

### Caractéristiques des ASC

La typologie des ASC diffère en fonction des programmes (tableau I). Les termes *community health worker (CHW)* et *lay health worker (LHW)* sont généraux et ne permettent pas d'y associer une fonction particulière, tandis que d'autres termes apportent une précision sur le rôle joué par les ASC : les conseillers ou médiateurs (*counselors*) sont

orientés vers la prise en charge psychosociale alors que les soignants communautaires (*community care-givers*) sont, eux, plus orientés vers le soin. Cette typologie indique que certains sont des pairs (*peer, expert patient, patient advocate*) et sont donc des PVVIH ; certains sont des volontaires (*volunteers*) alors que certains sont rémunérés (plus sous forme d'indemnités que de salaires). Par ailleurs, la notion de déplacement au sein des communautés est retrouvée à travers les termes d'agents de terrain (*field officers*) et de domicile (*home-based*).

Les ASC peuvent intervenir à tout moment de la cascade de soins : conseil-dépistage et prévention, entrée dans le soin et suivi des patients sous ARV. L'éducation sur le VIH/sida, la promotion de la santé et la prévention de la transmission de la maladie font partie des tâches fréquentes attribuées aux ASC (tableau I). Par ailleurs, les ASC sont de plus en plus amenés à distribuer les ARV au centre de santé ou à domicile. Lorsqu'ils se rendent à domicile, ils ont parfois pour rôle de surveiller l'état de santé du patient, devant rechercher des signes de tuberculose ou d'effets indésirables liés aux ARV. Cela implique une délégation de tâches de professionnels de santé à des personnels qui ne disposent pas des mêmes qualifications. Concernant la prise des ARV, certains ASC ont pour mission de surveiller l'administration correcte du traitement à domicile (*directly observed therapy - DOT - volunteers*), l'idée étant de préparer le patient à devenir plus autonome dans la gestion de son traitement et de sa maladie. Ils réalisent également des séances de soutien psychosocial ou d'aide à l'observance, et participent à l'organisation des soins (accompagnement des PVVIH, gestion des flux à l'hôpital) et à la collecte des données.

La formation des ASC est très hétérogène (tableau I). En effet, les formations durent de quelques jours à plusieurs mois, sont surtout théoriques, rarement pratiques, sont souvent seulement initiales bien que parfois suivies d'actualisation des connaissances à distance.

La rémunération des ASC est peu décrite. Elle est variable selon les types d'ASC : les volontaires ne sont pas rémunérés, mais peuvent bénéficier de fournitures pour travailler (vélo, imperméable et bottes en caoutchouc pendant la saison des pluies), tandis que les agents de terrain ougandais (*field officers*) touchent 350 \$ par mois (tableau I).

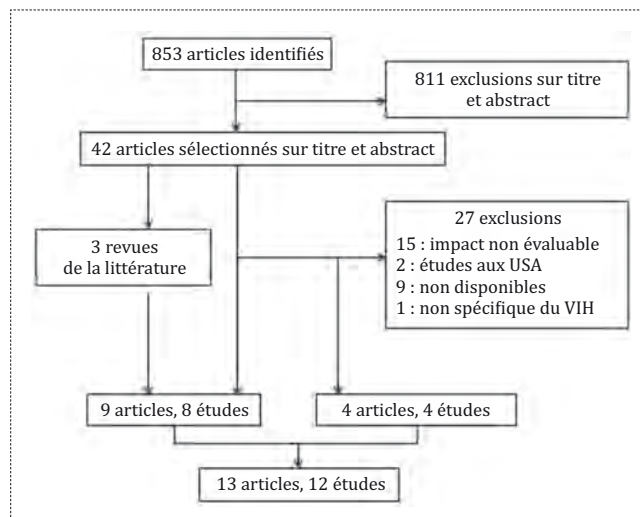


Figure 1 : Diagramme de flux

### Impacts de l'intervention des ASC

Les interventions des ASC ont généralement un impact sur la prise en charge thérapeutique des PVVIH, le système de santé et les ASC eux-mêmes (tableau II).

Tableau 1 : Caractéristiques des agents de santé communautaires

Étude	Typologie	Fonctions	Formation	Rémunération
Selke 2010 <sup>a</sup> – Kenya – Essai contrôlé randomisé [14]	<i>Community care coordinator (CCC)</i> = Coordinateur de soins communautaire	Visites à domicile : évaluation des patients avec un outil décisionnel électronique (recherche d'infections opportunistes ou d'effets secondaires des ARV, observance, nutrition, violences domestiques). Mesures : température, poids, saturation en oxygène. Si signe d'alerte : nouvelle visite le lendemain ou consultation médicale. Sinon : distribution du traitement pour un mois.	7 jours théoriques + 2 mois de pratique	Inférieur à la moitié du salaire des infirmières et au tiers de celui des médecins
Celletti 2010 – Brésil, Éthiopie, Malawi, Namibie, Ouganda – Étude multipays [21]		Identification et orientation des PVVIH, soutien psychosocial, exécution et interprétation de dépistage rapide du VIH, suivi des patients stables en première ligne d'ARV, dispensation du traitement, envoi des PVVIH au centre de soin si besoin, recherche des perdus de vue +/- assistant à la pharmacie, techniciens de radiologie ou de laboratoire, collecte des données.	Brésil = 1 200 heures Éthiopie = 1 an, actualisation des connaissances Malawi = 10 semaines Namibie = 1 jour à 2 semaines Ouganda = 5 jours à 12 semaines	Brésil = oui Éthiopie = 68 \$/mois Malawi = oui Ouganda (hors TASO) = Expert patient = 2 à 75\$/mois ; ART aides = 35 \$/mois ; HIV medics = 226 \$/mois
Jerome 2010 – Haïti – Étude qualitative [16]	<i>Community health worker (CHW)</i> = Agent de santé communautaire (ASC)	Accompagnateurs : éducation, dispensation du traitement, évaluation de l'état de santé, recherche d'effets secondaires, envoi au centre de santé si besoin. Agents de santé : en plus des activités relatives au VIH et à la tuberculose, vaccination, planning familial, distribution de solutés de réhydratation orale et de préservatifs, surveillance de la maladie. +/- Soutien économique, transport, tâches domestiques. Éducateurs : non décrit.	Accompagnateurs : 3 jours + actualisation des connaissances Agents de santé : 6 mois Éducateurs = 2 semaines + actualisation des connaissances	Accompagnateurs : 60 \$/mois Agents de santé : 100 \$/mois Éducateurs : 300 \$/mois
Johnson 2004 – Kenya – Étude qualitative [17]		Soins en rapport avec le VIH et aide plus globale à domicile (préparation des repas, éducation et conseil sur le VIH, dispensation médicaments en cas d'infections opportunistes).	1 à 2 semaines	
Kipp 2011, 2012 – Ouganda – Étude de cohorte [9, 10]	<i>Community volunteer</i> = Volontaire communautaire	Prévention et distribution de préservatifs, éducation sur les ARV, dispensation du traitement, aide à l'observance et évaluation (comptage des pilules), recherche d'infections opportunistes et d'effets indésirables, envoi au centre de santé si besoin, collecte des données.	2 jours	Vélo, imperméable, bottes

Tableau I : Caractéristiques des agents de santé communautaires (suite)

Étude	Typologie	Fonctions	Formation	Rémunération
Shin 2011 – Pérou – Étude qualitative [18]	DOT (directly observed therapy) volunteer = Volontaire observant la prise du traitement	Support pratique (accompagnement aux rendez-vous, assistance matérielle...), support émotionnel, supervision de la prise du traitement, éducation, plaidoyer, préparation à l'autonomisation.		Nourriture
Tenthani 2012 – Malawi – Étude observationnelle mixte [20]	Expert patient = Patient expert stable sous ARV	Mesures anthropométriques et recherche de signes vitaux (travail normalement des infirmières), initiation aux ARV et soutien à l'observance, triage des patients.	2 jours + 1 journée par les infirmières	Avant 2008 : compensations non financières (impermeables, vélo, repas) Depuis 2008 : subventions
Jaffer 2009 – Ouganda – Essai randomisé [12] The AIDS Support Organization (TASO) <sup>b</sup>	Field officer = Agent de terrain	Recherche d'infections opportunistes ou d'effets indésirables (utilisation d'une checklist orientant l'examen), soutien à l'observance, dispensation des ARV, envoi des patients au centre de santé en cas de besoin, conseil dépiégeage pour les membres du foyer.	4-6 semaines + actualisation des connaissances une fois par an	350 \$/mois + 3 \$/jour pour déjeuner (Hermann 2009)
Peltzer 2012 – Afrique du Sud – Essai randomisé [13]	Lay health worker = Agent de santé profane	Sessions de groupe interactives : information sur le VIH, importance de l'adhésion et de l'observance au traitement, résistance aux ARV, effets indésirables, échange sur les problèmes des patients.		
Fatti 2012 – Étude de cohorte multicentrique – Afrique du Sud [15]	Patient advocate (PA) = Défenseur des patients	Animation de sessions de groupe au centre de santé (éducation, observance, conseils nutritionnels). Visite à domicile une fois par semaine pendant un mois (supervision de la prise du traitement, conseils, évaluation de l'observance par auto-mesure ou comptage des pilules, soutien psychosocial, promotion de la santé, recherche des symptômes d'infections opportunistes, envoi du patient vers le centre de santé si nécessaire). Patients stables vus ensuite tous les 3 mois.	3 semaines + actualisation des connaissances de 5 jours un an après	
Arem 2011 – Ouganda – Étude mixte [19] Chang 2010 – Ouganda – Essai randomisé [11]	Peer health worker = Travailleur pair Programme RHSP (Rakai Health Sciences Program)	Soutien psychosocial en groupe et individuel, recherche d'infections opportunistes, évaluation de l'observance (reportée par le patient et comptage des pilules).	2 jours	12,5 \$/mois Vélo, t-shirt, fournitures de base

ARV = antirétroviraux, CCC = community care coordinator, CHW = community health worker, LHW = lay health worker, PA = patient advocate, PVVH = personne vivant avec le VIH, DOT = directly observed therapy, TASO = The AIDS support organization.

<sup>a</sup> Informations disponibles sur la formation pratique dans l'article de Wools-Kaloustian *et al.* (2009), article antérieur à l'essai randomisé de Selke *et al.* (2010) expliquant le modèle des community care coordinators dans la prise en charge des PVVH au Kenya [35].

<sup>b</sup> Le TASO est une organisation non gouvernementale comportant 11 centres en Ouganda et impliquant des agents de terrain (les field officers) assurant le suivi des PVVH à domicile. Les field officers sont des agents de santé profanes, mais ce ne sont pas des ASC traditionnels car ils ont un diplôme en sciences sociales ou en éducation, sans formation dans le domaine de la santé.

Tableau II : Impacts de l'intervention des agents de santé communautaire

Étude	Impacts		
	Au niveau du patient	Au niveau des travailleurs communautaires	Au niveau du système de santé
Selke 2010 (CCC)	CCC versus hôpital : pas de différence (charge virale, taux de CD4, score de Karnofsky, changement d'ARV, nouvelles infections opportunistes, taux de grossesse) mais deux fois moins de visites à l'hôpital	Pont entre l'équipe médicale et les patients Reconnaissance des problèmes psychosociaux non apparents lors des visites à l'hôpital	
Celletti 2010 (CHW)	Impact positif Patients satisfaits	Brsil = CHW intégrés dans le service public, une profession à part entière ; Éthiopie = possibilité d'évolution de carrières ; Malawi : intégration dans le service public	Amélioration de l'accès aux soins, aux ARV (zones rurales/isolées) et de la qualité des soins
Jerome 2010 (CHW)	Impact positif d'après eux sur la santé des patients (critère subjectif) Réduction de la stigmatisation	Reconnaissance par la communauté. Statut. Satisfaction à contribuer au bien-être des gens	
Johnson 2004 (CHW)	Amélioration de la qualité de vie des patients Réduction de la stigmatisation		
Kipp 2011, 2012 (community volunteer)	Prise en charge par les volontaires versus hôpital : pas de différence (charge virale)		Délivrance d'ARV en milieu rural
Shin 2011 (DOT volunteer)	Amélioration de l'observance, l'autonomisation, l'état psychosocial, diminution de la stigmatisation, plus de facilité pour divulguer son diagnostic	Changement de leur propre comportement	
Tenthani 2012 (expert patient)	Rôle de modèle et d'espoir Patients experts versus infirmières : différence non significative (poids, taille, température)	Reconnaissance de la part des patients (confidentialité, moins de discrimination..) et de l'équipe médicale (peuvent leur déléguer certaines tâches ce qui leur libère du temps de travail)	Amélioration de la gestion du flux des patients Libération de temps de travail pour les infirmières
Jaffar 2009 (field officer)	Field officer versus hôpital : pas de différence (mortalité, charge virale, diagnostics à l'admission en hospitalisation, observance)		Amélioration de l'accès aux soins dans les endroits où les infrastructures sanitaires sont rares. Prise en charge par les <i>field officers</i> plus coût/ efficace qu'au centre de santé
Peltzer 2012 (lay health worker)	Séances de groupes versus absence : meilleures connaissances sur l'observance mais pas de différence concernant la motivation, l'observance (automesure..) et le taux de CD4. Moins de dépression dans les deux bras	Reconnaissance sociale Sortie du chômage	
Fatti 2012 (patient advocate)	PA versus absence : amélioration de la rétention et de la charge virale, réduction de la stigmatisation		Effet positif sur la fréquentation des centres de santé
Arem 2011 (peer health worker)	Impact positif sur l'observance, les perdus de vue, le soutien psychosocial et la lutte contre la stigmatisation, diminution des taux d'échec virologique		Amélioration de l'organisation (dispensation des traitements, accès aux soins médicaux)
Chang 2010 (peer health worker)	Pairs versus absence : pas de différence (observance, risque d'échec virologique cumulé, charge virale, mortalité, CD4)		Pallier à la crise de ressources humaines

ARV = antirétroviraux, CCC = Community care coordinators, CHW = community health worker, LHW = Lay health worker, PA = patient advocate, PWIH = personne vivant avec le VIH, DOT = directly observed therapy

### *Impacts sur la prise en charge des PVVIH*

Les différents essais contrôlés comparant un groupe bénéficiant d'un soutien communautaire *versus* un groupe n'en bénéficiant pas tendent vers des conclusions identiques : absence de différence significative des indicateurs de charge virale, taux de CD4, rétention ou survie, ce qui montre que la prise en charge par les ASC n'est pas différente de celle réalisée par les professionnels à l'hôpital [11-14]. Les études de cohorte vont dans le même sens, et mettent parfois en évidence une amélioration de ces indicateurs [9, 10, 15]. Les études qualitatives évoquent un impact positif des ASC sur l'état de santé des PVVIH (interprétation subjective de la bonne santé [16]) et la qualité de vie [17]. Grâce au soutien psychologique et social, les PVVIH sont plus confiants, plus optimistes vis-à-vis de l'avenir, et mieux observants au traitement [18-20]. Ils sont également plus enclins à divulguer leur diagnostic à leurs proches [18]. Le plaidoyer des ASC peut permettre de modifier les comportements des proches et de la communauté avec les PVVIH, de faire évoluer leur regard sur le VIH/sida, et ainsi réduire la stigmatisation [17-19]. Au final, les patients semblent apprécier l'intervention des ASC auprès desquels ils peuvent se confier assez facilement : d'après une étude multipays (Brésil, Éthiopie, Malawi, Namibie, Ouganda), 90 % des PVVIH sont satisfaits ou très satisfaits des ASC qui leur sont attribués [21].

### *Impacts sur le système de santé*

Au-delà de l'impact direct sur la prise en charge des PVVIH, l'intervention des ASC a aussi un impact sur le système de santé : sur le circuit du patient d'une part, et sur l'organisation territoriale d'autre part. En effet, l'amélioration de l'organisation des services se traduit notamment par une amélioration des flux des patients grâce, par exemple, aux ASC guidant les PVVIH à l'hôpital. Certains ASC se rendent à domicile pour évaluer l'état de santé des PVVIH, ce qui limite le nombre de consultations à l'hôpital. Le nombre de consultations était logiquement plus faible au sein du groupe bénéficiant d'un soutien communautaire par rapport au groupe n'en bénéficiant pas [14]. La collecte des données à domicile permet de proposer un suivi régulier des patients susceptible d'améliorer leur prise en charge. Dans plusieurs études, l'accès aux soins s'améliore dans les zones rurales ou isolées : en effet, les ASC se déplacent dans ces zones pour évaluer l'état de santé et distribuer les ARV à des patients qui ne peuvent se rendre régulièrement jusqu'au centre de santé [9-12, 21]. Ainsi, les ASC permettent de pallier, en partie, le déficit en ressources humaines.

Une seule étude a abordé le volet coût-efficacité, estimant le coût global de la prise en charge par les ASC (*field officers*) de 793 \$ par patient et par an, moins élevé que le coût global de la prise en charge à l'hôpital estimé à 838 \$ [12].

### *Impacts sur les ASC*

Faisant le lien entre les PVVIH et l'hôpital, les ASC acquièrent une reconnaissance sociale et parfois professionnelle, permettent à certaines personnes de sortir du chômage [15]. Au Brésil, cette reconnaissance professionnelle existe réellement puisque le travail d'ASC est intégré dans le service public et est considéré comme une profession depuis 2002, tandis qu'en Éthiopie, le travail d'ASC peut être un tremplin vers une évolution de carrière [21].

## Discussion

Les ASC ont des dénominations, fonctions, rémunérations et formations diverses. Leur intervention a un impact positif, tant sur la prise en charge thérapeutique des PVVIH que sur le renforcement des systèmes de santé. L'OMS a encore récemment signalé que la décentralisation du suivi des PVVIH sous ARV est possible au niveau communautaire tout en préservant une prise en charge de qualité et en améliorant la couverture géographique [24-26].

### **Apport de la littérature sur le cadre de l'intervention des ASC**

Cependant, les impacts positifs pourraient être améliorés en renforçant la sélection des ASC, leur formation ou leur rémunération. Bien que les ASC doivent être choisis par la communauté, ils le sont souvent par les organisations ou les équipes médicales. Or, un manque de rigueur dans la sélection des ASC peut conduire à une perte de confiance de la part de la communauté [27]. Hormis les ASC, d'autres personnes sont susceptibles de jouer un rôle dans la prise en charge des PVVIH, telles que leurs proches [28, 29].

Les fonctions des ASC sont multiples. Leurs champs d'actions s'élargissent au-delà de la prévention et de la promotion de la santé et les ASC s'orientent de plus en plus vers les soins [8]. Cela implique une certaine vigilance. En effet, le rôle et l'image des ASC pourraient ainsi se confondre avec ceux des soignants ; ils risqueraient de perdre leur



spécificité dans le travail centré sur l'écoute et le soutien. Par ailleurs, la professionnalisation des ASC risque d'estomper les différences entre les infirmiers et les ASC, et ainsi contribuer à alimenter les luttes de pouvoir entre ces deux professions [30]. À terme, cette question pourrait devenir problématique : le maintien d'un lien de qualité (basé sur une compréhension et un respect mutuels de chaque corps de métier) entre les ASC et les professionnels de santé est en effet indispensable pour permettre une prise en charge globale de qualité ; le travail d'un ASC n'a pas de sens en soi s'il est coupé du reste de la chaîne de prise en charge [24]. Enfin, alors que les fonctions assumées par les ASC permettent de libérer du temps de travail aux professionnels, *a contrario* la supervision des ASC leur ajoute de nouvelles tâches [26].

Pour mener à bien leurs activités, les ASC doivent être correctement formés et supervisés au cours de leurs activités. Il serait pertinent d'homogénéiser la formation : périodes théorique et pratique suffisamment longues pour acquérir des compétences clairement définies dans le domaine du VIH/sida, formation continue. Les personnes supervisant les ASC doivent être clairement identifiées et formées à cette tâche [27].

Par ailleurs, la rémunération doit être adéquate ; elle représente un facteur-clé du recrutement, de la rétention et de la professionnalisation des ASC. Une ambiguïté persiste sur les fonctions qui devraient être théoriquement assumées par les ASC rémunérés et ceux qui ne le sont pas (les volontaires). Ces derniers ne devraient pas travailler plus de quelques heures par semaine sans rémunération, se positionnant alors en appui des ASC [8]. Selon l'OMS, les services de santé de base ne peuvent pas être assurés durablement par les volontaires réalisant cette activité à temps partiel ; les agents de santé (dont les ASC) doivent recevoir un salaire suffisant et/ou des incitations appropriées et proportionnées [31]. En outre, différents échelons de travailleurs communautaires pourraient être créés, avec possibilité d'évoluer avec l'expérience, le salaire augmentant avec les échelons [27].

La question de la répartition des ASC dans le pays est également centrale pour améliorer l'impact de leurs actions. Lorsque plusieurs programmes impliquent des ASC, il est nécessaire de vérifier que toutes les ressources humaines ne sont pas concentrées au même endroit et auprès des mêmes patients. Pour exemple : une approche communautaire intégrant divers programmes impliquant des ASC, mise en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et Médecins sans Frontières, dans le district d'Angonia au Mozambique, a permis d'améliorer la couverture géographique des soins curatifs et préventifs [32].

Dans la plupart des pays à ressources limitées, les ASC ne font pas partie intégrante de la fonction publique. De fait, si les ASC ne sont pas des professionnels de santé officiellement reconnus, ils ne peuvent pas bénéficier des mêmes droits qu'eux. Le plus souvent, les ASC sont rémunérés par des opérateurs privés ou des organisations de la société civile (partenariats entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales qui emploient des ASC [8]) et auxquelles le gouvernement offre des subventions.

Certains pays expérimentent l'intégration des ASC dans la fonction publique, comme au Brésil [21]. Au Malawi et en Ouganda, le travail communautaire est officiellement réglementé par le Ministère de la santé. Toutefois, dans ces deux pays, le Ministère de la Santé est soutenu par des bailleurs qui décident de l'extension plus ou moins rapide de cette activité [27]. En 2010, l'OMS a recommandé l'intégration des ASC dans le système de santé et leur inclusion dans la stratégie de planification des ressources humaines aux échelles locale et nationale [33].

#### Des données encore insuffisantes sur l'impact de l'intervention des ASC

Bien que tout converge pour conclure à la valeur ajoutée de l'intervention des ASC, l'étude de leur impact à travers des essais contrôlés randomisés est insuffisante puisqu'il s'agit de programmes en général courts et bien suivis. Il existe en outre ici un biais de sélection : la recherche n'a pas été exhaustive (abstracts seuls non inclus, recherche sur PubMed uniquement pour les articles scientifiques) et aucune étude négative n'a été retrouvée. Par ailleurs, la plupart des études s'attachent à démontrer l'impact des ASC en utilisant des critères immunobiologiques. Ces études ne permettent pas d'évaluer des systèmes complexes et les changements au sein des communautés. Les études qualitatives et les études écologiques (études observationnelles utilisant des données agrégées) prennent ici tout leur sens. Il est également nécessaire d'obtenir le point de vue des ASC sur leur travail, comme cela pourrait être fait dans des études d'impact concernant d'autres professions [34]. Une seule étude impliquant des volontaires péruviens mentionnait l'impact de l'intervention des ASC sur leur propre comportement (certains avaient des idées préconçues sur le VIH et les PVVIH et ont gagné de l'empathie pour leurs patients) [18]. En outre, bien que les études coût-efficacités ne puissent permettre d'orienter complètement les décisions politico-économiques, ces études restent très importantes. L'action des ASC a un coût, mais très peu d'études renseignent ces éléments. D'autant qu'au vu de la

large typologie et des multiples fonctions réalisées par les ASC quotidiennement, il existe probablement des approches plus coût-efficaces que d'autres.

### Un nécessaire plaidoyer pour la reconnaissance des ASC

La dynamique créée sur le thème des ASC par la réponse aux besoins de prise en charge des PVVIH, mais également la valeur ajoutée que cette approche procure, devraient être saisies comme une opportunité pour engager un plaidoyer constructif pour la reconnaissance et une meilleure définition du métier d'ASC, selon les orientations suivantes :

- obtenir un engagement politique des pays pour la reconnaissance et l'intégration de cette profession dans leur système de santé ;
- définir un statut d'ASC unique reconnaissable par l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne ;
- établir des domaines de compétences : dans le VIH et les infections opportunistes, et dans d'autres domaines en allant vers une intégration des thématiques spécifiques dans une approche plus large de renforcement des systèmes de santé ;
- définir des curricula de formations qualifiantes, pratiques et théoriques ;
- organiser la supervision des pratiques ;
- définir un cadre pour la rémunération.

### Conclusion

Les ASC, dont les dénominations et fonctions sont diverses, apparaissent comme des acteurs majeurs des systèmes de santé dans les pays à ressources limitées pour la prise en charge des PVVIH, particulièrement en Afrique subsaharienne. Ils ont un impact positif à la fois sur la prise en charge clinique et psychosociale des PVVIH et sur le système de santé. Ainsi, les ASC représentent une force complémentaire des professionnels de santé. Malgré leur importance dans la prise en charge des PVVIH, la reconnaissance politique et institutionnelle des ASC est souvent limitée. Or, pour assurer leur pérennisation, les gouvernements doivent les reconnaître comme des travailleurs pouvant jouir des mêmes droits que des professionnels intégrés dans la pyramide sanitaire du pays. Les volontés politiques et institutionnelles doivent être stimulées tout au long du processus de reconnaissance des ASC.

*Aucun conflit d'intérêt déclaré*

### Remerciements

*Nous remercions Mesdames Madina Querre et Bénédicte Moulin Longéras pour leur relecture attentive.*

### Références

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2006 – working together for health. Genève : WHO ; 2006. [Visité le 04/07/2014]. En ligne : <http://www.who.int/whr/2006/en/>
2. World Health Organization (WHO). Statistiques sanitaires mondiales 2013. Genève : WHO ; 2013. [Visité le 04/07/2014]. En ligne : [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/fr/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/fr/)
3. Maddison AR, Schlech WF. Will universal access to antiretroviral therapy ever be possible? The health care worker challenge. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2010;21(1):e64-e69.
4. Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des nations unies pour l'enfance (Unicef). Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève : OMS ; 1978. (Santé pour tous ; n° 1). Déclaration d'Alma-Ata ; pp. 2-6. [Visité le 04/07/2014]. En ligne : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf?ua=1>.
5. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Genève : WHO ; 2007. 42 p. [Visité le 04/07/2014]. En ligne : [http://www.who.int/hrh/documents/community\\_health\\_workers.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf).
6. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, *et al.* Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;4:CD004015. doi: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.
7. Mwai GW, Mburu G, Torpey K, Frost P, Ford N, Seeley J. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(1):18586. doi: 10.7448/IAS.16.1.18586.
8. Schneider H, Hlophe H, van Rensburg D van. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: tensions and prospects. *Health Policy Plan.* 2008;23(3):179-87. doi: 10.1093/heapol/czn006.
9. Kipp W, Konde-Lule J, Rubaale T, Okech-Ojony J, Alibhai A, Saunders DL. Comparing antiretroviral treatment outcomes between a prospective community-based and hospital-based cohort of HIV patients in rural Uganda. *BMC Int Health Hum Rights.* 2011;11 (Suppl 2):S12. doi: 10.1186/1472-698X-11-S2-S12.
10. Kipp W, Konde-Lule J, Saunders LD, Alibhai A, Houston S, Rubaale T, *et al.* Antiretroviral Treatment for HIV in Rural Uganda: two-year treatment outcomes of a prospective health centre/community-based and hospital-based cohort. *PLoS ONE.* 2012;7(7):e40902. doi : 10.1371/journal.pone.0040902.
11. Chang LW, Kagaayi J, Nakigozi G, Sempijija V, Packer AH, Serwadda D, *et al.* Effect of peer health workers on AIDS care in Rakai, Uganda: a cluster-randomized trial. *PLoS ONE.* 2010;5(6):e10923. doi: 10.1371/journal.pone.0010923.

12. Jaffar S, Amuron B, Foster S, Birungi J, Levin J, Namara G, *et al*. Rates of virological failure in patients treated in a home-based *versus* a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial. *Lancet*. 2009;374(9707):2080-9. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61674-3
13. Peltzer K, Ramlagan S, Jones D, Weiss SM, Fomundam H, Chanetsa L. Efficacy of a lay health worker led group antiretroviral medication adherence training among non-adherent HIV-positive patients in KwaZulu-Natal, South Africa: results from a randomized trial. *SAHARA J*. 2012;9(4):218-26. doi: 10.1080/17290376.2012.745640.
14. Selke HM, Kimaiyo S, Sidle JE, Vedanthan R, Tierney WM, Shen C, *et al*. Task-shifting of antiretroviral delivery from health care workers to persons living with HIV/AIDS: clinical outcomes of a community-based program in Kenya. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. 2010;55(4):483-90. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181eb5edb.
15. Fatti G, Meintjies G, Shea J, Eley B, Grimwood A. Improved survival and antiretroviral treatment outcomes in adults receiving community-based adherence support: 5-year results from a multicentre cohort study in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;61(4):e50-58. 10.1097/QAI.0b013e31826a6aee.
16. Jerome J, Ivers L. Community health workers in health systems strengthening: a qualitative evaluation from rural Haiti. *AIDS*. 2010 Jan;24(Suppl 1):S67-72. doi: 10.1097/01.aids.0000366084.75945.c9.
17. Johnson BA, Khanna SK. Community health workers and home-based care programs for HIV clients. *J Natl Med Assoc*. 2004;96(4):496-502.
18. I Shin S, Muñoz M, Zeladita J, Slavina S, Caldas A, Sanchez E, *et al*. How does directly observed therapy work? The mechanisms and impact of a comprehensive directly observed therapy intervention of highly active antiretroviral therapy in Peru. *Health Soc Care Community*. 2011;19(3):261-71. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00968.x
19. Arem H, Nakyango N, Kagaayi J, Mulamba J, Nakigozi G, Serwadda D, *et al*. Peer health workers and AIDS care in Rakai, Uganda: a mixed methods operations research evaluation of a cluster-randomized trial. *AIDS Patient Care STDS*. 2011;25(12):719-24. doi: 10.1089/apc.2010.0349.
20. Tenthan L, Cataldo F, Chan AK, Bedell R, Martiniuk AL, van Lettow M. Involving expert patients in antiretroviral treatment provision in a tertiary referral hospital HIV clinic in Malawi. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:140. doi: 10.1186/1472-6963-12-140.
21. Celletti F, Wright A, Palen J, Frehywot S, Markus A, Greenberg A, *et al*. Can the deployment of community health workers for the delivery of HIV services represent an effective and sustainable response to health workforce shortages? Results of a multicountry study. *AIDS*. 2010;24 (Suppl 1):S45-57. doi: 10.1097/01.aids.0000366082.68321.d6.
22. Decroo T, Rasschaert F, Telfer B, Remartinez D, Laga M, Ford N. Community-based antiretroviral therapy programs can overcome barriers to retention of patients and decongest health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Int Health*. 2013;5(3):169-79. doi: 10.1093/inthealth/ih016.
23. Wouters E, Van Damme W, van Rensburg D, Masquillier C, Meulemans H. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:194. doi: 10.1186/1472-6963-12-194.
24. World Health Organization (WHO). March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. Genève : WHO ; 2014. [Visité le 04/07/2014]. En ligne : [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement\\_march2014/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en/)
25. Kredo T, Ford N, Adeniyi FB, Garner P. Decentralising HIV treatment in lower- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD009987. doi: 10.1002/14651858.CD009987.pub2.
26. Médecins sans frontières (MSF). Reaching closer to home: progress implementing community-based and other adherence strategies supporting people on HIV treatment. Bruxelles : MSF ; 2013. 18 p. [Visité le 04/07/2014]. En ligne : [http://www.msf.org/sites/msf.org/files/reaching\\_closer\\_home.pdf](http://www.msf.org/sites/msf.org/files/reaching_closer_home.pdf)
27. Hermann K, Van Damme W, Pariyo GW, Schouten E, Assefa Y, Cirera A, *et al*. Community health workers for ART in sub-Saharan Africa: learning from experience--capitalizing on new opportunities. *Hum Resour Health*. 2009;7:31. doi: 10.1186/1478-4491-7-31.
28. Scott K, Campbell C, Madanhire C, Skovdal M, Nyamukapa C, Gregson S. In what ways do communities support optimal antiretroviral treatment in Zimbabwe? *Health Promot. Int*. 2013. doi: 10.1093/heapro/dat014.
29. Kunutsor S, Walley J, Katabira E, Muchuro S, Balidawa H, Namagala E, *et al*. Improving clinic attendance and adherence to antiretroviral therapy through a treatment supporter intervention in Uganda: a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2011;15(8):1795-802. doi: 10.1007/s10461-011-9927-9.
30. van Ginneken N, Lewin S, Berridge V. The emergence of community health worker programmes in the late apartheid era in South Africa: An historical analysis. *Soc Sci Med*. 2010 Sep;71(6):1110-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.009.
31. World Health Organization (WHO). Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines 2008. 96 p. Genève : WHO ; 2008. [Visité le 04/07/2014]. En ligne : [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting/en/](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/)
32. Simon S, Chu K, Frieden M, Candrinho B, Ford N, Schneider H, *et al*. An integrated approach of community health worker support for HIV/AIDS and TB care in Angónia district, Mozambique. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009;9:13. doi: 10.1186/1472-698X-9-13.
33. World Health Organization (WHO). Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Genève : WHO ; 2010. 391 p. [Visité le 04/07/2014]. En ligne : <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/>
34. Balcazar H, Rosenthal EL, Brownstein JN, Rush CH, Matos S, Hernandez L. Community health workers can be a public health force for change in the United States: three actions for a new paradigm. *Am J Public Health*. 2011;101(12):2199-203. doi: 10.2105/AJPH.2011.300386.
35. Wools-Kaloustian KK, Sidle JE, Selke HM, Vedanthan R, Kemboi EK, Boit LJ, *et al*. A model for extending antiretroviral care beyond the rural health centre. *J Int AIDS Soc*. 2009, 29;12(1):22. doi: 10.1186/1758-2652-12-22.