



ONUSIDA ET MÉDECINS SANS FRONTIÈRES 2014 | RÉFÉRENCE

ADMINISTRATION PARTICIPATIVE DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

EXPÉRIENCES DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES



Copyright © 2015
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes et correctes et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

ONUSIDA / JC2707E

Couverture : membres d'un groupe communautaire de thérapie antirétrovirale,
district de Gutu, Zimbabwe.
© Solenn Honorine/MSF.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
EXPÉRIENCES DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES CONCERNANT LES MODÈLES COMMUNAUTAIRES D'ADMINISTRATION DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE	5
Clubs d'observance	7
Points de distribution communautaires des traitements antirétroviraux	9
Groupes communautaires de thérapie antirétrovirale	10
Espacement des rendez-vous et renouvellement Fast-Track des traitements antirétroviraux : approches communautaires au sein des structures médicales	11
ENSEIGNEMENTS TIRÉS : CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE RÉUSSIE DES MODÈLES	13
RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES	16
RÉFÉRENCES	17

INTRODUCTION

Fin 2013, 12,9 millions de personnes recevaient un traitement antirétroviral dans le monde. Au cours de cette même année, le pourcentage des personnes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral a augmenté jusqu'à 37 % (contre 10 % en 2006) (1). Bien que ceci constitue une amélioration importante, cela signifie également que sur les 35 millions de personnes vivant avec le VIH fin 2013, 22 millions (c'est-à-dire 3 personnes sur 5 vivant avec le VIH) n'avaient pas accès à une thérapie antirétroviraleⁱ.

L'Afrique subsaharienne compte 24,7 millions (71 %) de la population totale des personnes vivant avec le VIH. Bien qu'il existe des différences significatives entre pays, l'accès au traitement dans la région se situe à 37 %, c'est-à-dire le même niveau qu'à l'échelle mondiale, et 87 % des personnes vivant avec le VIH dans la région et qui ont connaissance de leur séropositivité reçoivent une thérapie antirétrovirale. Ceci indique que l'élimination des obstacles à la réalisation de tests et la connaissance de son statut est essentielle, tout comme les efforts continus visant à améliorer la manière de faire connaître le traitement aux personnes séropositives au VIH et de leur apporter un soutien afin qu'elles poursuivent le traitement une fois celui-ci débuté.

Les services médicaux communautaires ont constitué une partie intégrante de la riposte au VIH. Afin de réaliser les objectifs de l'ONUSIDA et mettre un terme à l'épidémie de sida d'ici à 2030, il sera essentiel d'adapter le système d'administration de la thérapie antirétrovirale afin d'inclure les services communautaires de façon judicieuse (2). Ces systèmes communautaires doivent disposer de ressources suffisantes et être étendus mais atteindre une ampleur suffisante exige bien plus : il est nécessaire de transformer la manière dont les services communautaires sont liés et intégrés aux systèmes de santé.

Là où les systèmes de santé sont confrontés à une pénurie de personnel médical, les services communautaires peuvent prendre en charge une partie des patients et renforcer l'efficacité en améliorant les liens et les synergies (3). Les modèles d'administration communautaire de la thérapie antirétrovirale présentés ici vont au-delà des systèmes conventionnels grâce à une solide implication des communautés tout au long du processus de soin.

Les *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (2013) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)* indiquent que bien que l'administration de la thérapie antirétrovirale puisse être maintenue au niveau des communautés, des lignes directrices opérationnelles sont nécessaires pour concrétiser cet objectif dans la pratique (4)ⁱⁱ.

Alors que les équipes nationales, provinciales et des districts s'attaquent aux différents défis posés par l'administration de la thérapie antirétrovirale, établir l'inventaire des modèles existants d'administration de la thérapie antirétrovirale par différents intervenants et documenter les bonnes pratiques au niveau des communautés peut permettre d'appuyer l'extension et l'adaptation de ces différents modèles dans des contextes locaux. Les modèles efficaces devraient ensuite être inclus dans les lignes directrices nationales de traitement.

i Le nombre estimé des personnes vivant avec le VIH suivant une thérapie antirétrovirale était de 13,6 millions à mi-2014.

ii D'autres considérations importantes pour la mise en œuvre de l'administration communautaire de la thérapie antirétrovirale sont présentées dans le supplément de l'OMS de mars 2014 aux *Lignes directrices unifiées*, et d'autres conseils sont prévus dans la version 2015 des *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux (5, 6)* de l'OMS.

Il n'existe pas d'approche universelle pour l'administration de la thérapie antirétrovirale au niveau des communautés et différentes approches ont été développées en Afrique subsaharienne. Les modèles doivent être adaptés au contexte et reconnaître différents facteurs, par exemple les obstacles qui empêchent l'accès aux soins et la rétention, la décentralisation des services et la rotation des tâches, la disponibilité de traitements antirétroviraux sûrs et simples, les moyens des services médicaux, ainsi que les contraintes réglementaires et logistiques qui pèsent sur l'administration de la thérapie antirétrovirale. Plus important encore, les modèles de soins doivent être pertinents, adaptés et attentifs aux besoins des personnes vivant avec le VIH.

La plupart des modèles communautaires d'administration de la thérapie antirétrovirale démontrent toutefois :

- une réduction du poids du traitement pour les patients et pour le système de santé ;
- une augmentation de la rétention ; et
- une diminution du coût des prestataires.

Le succès des modèles communautaires d'administration de la thérapie antirétrovirale dépend de la disponibilité d'un soutien et de ressources suffisants et fiables, notamment des équipes de travailleurs non professionnels, la fourniture flexible et fiable de médicaments, l'accès à une gestion clinique de qualité et un système fiable pour le suivi des patients (prenant idéalement en compte la charge virale). Ces modèles exigent également une évaluation permanente et de nouvelles adaptations afin de toucher un plus grand nombre de patients qui courent un grand risque de ne plus être suivis.

Ce document

fait partie d'une série d'études de cas qui démontrent quelles sont les stratégies de service communautaire innovantes et à fort impact à développer par l'ONUSIDA en partenariat avec la société civile. L'objectif est d'encourager une inclusion accrue, la détermination des coûts des actions communautaires et l'affectation de ressources à ces dernières dans le cadre des ripostes nationales au VIH, en particulier dans les programmes nationaux et dans le cadre des notes conceptuelles du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que de la mise en œuvre des subventions.

Ce document présente des expériences qui illustrent la manière dont l'administration communautaire de la thérapie antirétrovirale peut améliorer à la fois le niveau d'accès aux traitements et la qualité des résultats obtenus pour les personnes vivant avec le VIH. Ces expériences montrent que l'administration communautaire de la thérapie antirétrovirale est efficace, efficiente et de qualité.

Ce document s'appuie sur plusieurs rapports et articles de Médecins sans frontières (MSF) qui couvrent les différentes expériences en matière d'administration communautaire de la thérapie antirétrovirale.



EXPÉRIENCES DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES CONCERNANT LES MODÈLES COMMUNAUTAIRES D'ADMINISTRATION DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

Un membre d'un groupe communautaire de thérapie antirétrovirale collecte des antirétroviraux pour d'autres membres du groupe, Khonjeni Health Clinic, Malawi.
© Miguel Cuernca/MSF

Une série de stratégies orientées sur le service médical ou sur le client sont utilisées afin d'optimiser l'administration à long terme de la thérapie antirétrovirale (voir Tableau 1).

Chacune de ces stratégies sépare les consultations cliniques auprès d'une infirmière ou d'un médecin qualifié de l'administration proprement dite de la thérapie antirétrovirale (renouvellement). L'administration de la thérapie antirétrovirale est assurée par des non professionnels ou des patients, soit dans le cadre de groupes soit individuellement, en structure hospitalière ou au sein de la communauté. Elle n'est donc plus liée dans le temps ou dans l'espace à la consultation clinique proprement dite.

Cette stratégie vise généralement les patients stables sous traitement antirétroviral et bien qu'il n'existe aucune définition consensuelle de la stabilité dans ce contexte, les patients sont généralement considérés comme stables lorsqu'ils ont pris un traitement antirétroviral avec succès durant une période de temps minimale, ne présentent pas d'autre maladie, présentent une amélioration du système immunitaire (ou ont atteint la suppression virale) et sont capables de respecter le traitement antirétroviral (7). L'objectif de ces stratégies est de réduire le poids du traitement pour les clients et les prestataires médicaux lors du renouvellement des médicaments.

Ces différentes stratégies ont aujourd'hui été appliquées dans huit pays, à savoir la République démocratique du Congo, la Guinée, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe.

Tableau 1

Synthèse des stratégies de MSF pour les modèles alternatifs d'administration à long terme de la thérapie antirétrovirale

		← Orientation sur le système de santé		Orientation sur le patient →	
Objectifs clés	Espace des rendez-vous et renouvellement Fast-Track des traitements	Clubs d'observance		Points de distribution communautaires des traitements antirétroviraux	Groupes communautaires de thérapie antirétrovirale
		Clubs en clinique	Clubs communautaires		
Perspective du client					
Réduction des coûts (temps + transport)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction des visites en clinique ▪ Réduction du temps passé à la clinique pour le renouvellement du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction des visites en clinique ▪ Réduction du temps passé à la clinique pour le renouvellement du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction des visites en clinique ▪ Réduction de la distance à parcourir pour le renouvellement du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction des visites en clinique ▪ Réduction de la distance à parcourir pour le renouvellement du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réduction des visites en clinique ▪ Réduction de la distance à parcourir pour le renouvellement du traitement
Renforcement du soutien par les pairs	Non	Club en clinique et éventuellement au sein de la communauté	Club au sein de la communauté et au-delà	Point de distribution par un patient expert	Réunion d'un groupe communautaire de thérapie antirétrovirale (au sein de la communauté et au-delà)
Renforcement de la participation de la communauté	Non	Potentiellement	Potentiellement	Potentiellement	Potentiellement
Perspective des services médicaux					
Réduction de la charge de travail <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel infirmier ▪ Pharmaciens ▪ Conseiller, personnel médical au sein de la communauté, patient expert 	Oui Oui -	Oui Non Non (facilitation par le club)	Oui Non Non (facilitation par le club)	Oui Oui Non (distribution et suivi)	Oui Oui Non (formation et supervision des groupes communautaires de thérapie antirétrovirale)
Maintien/amélioration des résultats du traitement <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observance ▪ Rétention 	Inconnu Oui	Oui Oui	Inconnu Inconnu	Inconnu Oui	Inconnu Oui
Amélioration de l'autogestion des patients	Autonomisation du patient	Soutien de l'observance	Soutien et traçage de l'observance	Organisation de services pour le renouvellement des médicaments, le soutien de l'observance, le traçage et les tests	Renouvellement des médicaments, soutien de l'observance, traçage et tests



Réunion de clubs d'observance,
Afrique du Sud © Samantha Reinders

Clubs d'observance

Les clubs d'observance suivent plusieurs principes essentiels :

- Une distribution de groupe des médicaments est prévue au niveau d'une structure médicale ou au sein de la communauté pour les patients stables sous thérapie antirétrovirale.
- Des pairs jouent le rôle de conseillers, administrent les médicaments, prennent le poids du patient et procèdent à l'examen général des symptômes.
- Un soutien par les pairs est fourni par des conseillers et des groupes de pairs lors de la distribution des médicaments.

Des projets pilotes de clubs d'observance pour la thérapie antirétrovirale ont été menés dans la municipalité de Khayelitsha en Afrique du Sud. Ceux-ci ont permis de désengorger les structures médicales en transférant les consultations et la collecte des traitements antirétroviraux pour les patients stables aux clubs d'observance qui sont organisés en clinique ou au sein de la communauté par des pairs qui jouent le rôle d'éducateurs. Du point de vue du client, la distribution en club réduit le temps passé à la clinique. Du point de vue des services de santé, celle-ci réduit la charge de travail en clinique.

Pour les clubs d'observance en clinique, des groupes de jusqu'à 30 personnes vivant avec le VIH se réunissent tous les deux mois pour un peu moins d'une heure. La participation est ouverte à tout adulte ayant suivi un traitement antirétroviral durant au moins 12 mois et considéré comme cliniquement stable, avec une charge virale indétectable.

Les groupes assurent des tâches essentielles, comme la prise du poids et l'examen général des symptômes. Les résultats sont enregistrés par un pair jouant le rôle d'éducateur ou par un conseiller non professionnel, qui joue également le rôle de facilitateur pour le club. Étant donné que la législation peut exiger un personnel possédant une licence pour la distribution de médicaments, les médicaments antirétroviraux sont préemballés et étiquetés pour chaque participant. Ils sont ensuite apportés au groupe par le facilitateur du club. Toute personne vivant avec le VIH, présentant des symptômes qui suggèrent la déclaration de la maladie ainsi que des effets secondaires ou une perte de poids est orienté vers la clinique principale pour une évaluation prioritaire par le personnel infirmier.

Tous les membres d'un club consultent un infirmier deux fois par an : une fois pour un test sanguin et deux mois plus tard pour le bilan clinique annuel. Le facilitateur du club est également responsable de la tenue du registre du club. Les clubs se tiennent dans des espaces communautaires ou au domicile des membres. Cela permet aux membres d'accéder à des médicaments à proximité de leur domicile et à un plus grand nombre de personnes de se joindre aux clubs.

Tableau 2

Modèle du club d'observance

AFRIQUE DU SUD – Modèle de Khayelitsha	
Contexte :	Urbain
Groupe cible :	Patients stables sous thérapie antirétrovirale
Renouvellement :	Tous les 2 mois en clinique/au sein de la communauté
Visite en clinique :	Annuelle pour la charge virale et l'examen clinique
Mécanisme d'orientation vers une clinique :	Par les non-professionnels et d'initiative personnelle
Nombre de clubs et de patients :	231 clubs, ± 5 900 patients
Prise en charge des patients :	23 % des patients actifs sous thérapie antirétrovirale (y compris les clubs communautaires)
Poursuite des soins :	97 % à 40 mois
Fonctions étendues :	Utilisation de points santé alternatifs pour la gestion du soutien et l'approvisionnement en médicaments des clubs communautaires
Ressources nécessaires :	Non-professionnels comme facilitateurs ; ressources permettant de faire connaître les clubs
Riposte nationale :	Adoption et déploiement rapide à Cape Town et dans la province du Cap-Occidental ; adoption par le département national de la santé

Points de distribution communautaires des traitements antirétroviraux

Les points de distribution communautaires des traitements antirétroviraux respectent plusieurs principes essentiels :

- La distribution individuelle des médicaments est prévue au sein de la communauté pour les patients stables suivant une thérapie antirétrovirale.
- Les membres de réseaux de personnes vivant avec le VIH distribuent les médicaments, procèdent à la prise de poids et à l'examen général des symptômes.
- Un soutien par les pairs est fourni par des patients-experts lors de la distribution des médicaments.

Des projets pilotes de points de distribution communautaires des traitements antirétroviraux ont été menés à Kinshasa en République démocratique du Congo. Les transports sont coûteux pour les personnes vivant avec le VIH qui se rendent dans les quelques structures médicales de la ville fournissant la thérapie antirétrovirale, et ces personnes courent un grand risque de subir une stigmatisation et des discriminations.

MSF travaille avec les réseaux locaux de personnes vivant avec le VIH afin de mettre en place des points de distribution communautaires des traitements antirétroviraux, afin de rapprocher la distribution des médicaments du domicile des patients et permettre une distribution gratuite. Ces points de distribution sont gérés par des personnes qui vivent avec le VIH, qui sont formées pour le renouvellement des médicaments antirétroviraux, le soutien à l'observance du traitement, le soutien de suivi de base et les évaluations médicales de suivi. Les personnes vivant avec le VIH qui ont suivi un traitement antirétroviral durant plus de six mois, ne présentent pas d'infections opportunistes actives et présentent un taux de CD4 supérieur à 350 cellules/ μ l sont considérées comme stables et éligibles pour la participation à ces points de distribution communautaires des traitements antirétroviraux.

Les clients se rendent au point de distribution tous les trois mois pour le renouvellement de leur traitement antirétroviral. Ils se rendent également dans ces structures médicales chaque année pour une consultation clinique et la réalisation de tests sanguins (pour la numération des CD4). Les non professionnels des réseaux de personnes vivant avec le VIH assurent l'orientation vers les structures cliniques et les clients qui ne se rendent pas à la consultation prévue sont relancés par les pairs conseillers, par téléphone ou via les réseaux de groupes de soutien locaux. Les points de distribution proposent également des tests de dépistage gratuits et des services de conseil au niveau communautaire.

Les points de distribution communautaires nécessitent un personnel non professionnel, des espaces sûrs pour le stockage des médicaments et un moyen de transport des médicaments des structures médicales jusqu'au point de distribution.

Tableau 3

Modèle des points de distribution communautaires des traitements anti-rétroviraux

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO - Modèle de Kinshasa	
Contexte :	Urbain
Groupe cible :	Patients stables sous thérapie antirétrovirale
Renouvellement :	Tous les 3 mois dans un point de distribution communautaire
Visite en clinique :	Annuelle pour les CD4 et l'examen clinique
Mécanisme d'orientation vers une clinique :	Par les non-professionnels et d'initiative personnelle
Nombre de patients :	2 162
Prise en charge des patients :	43 % des patients actifs sous thérapie antirétrovirale
Poursuite des soins :	89 % à 12 mois (2012)
Fonctions étendues :	Traçage par les non-professionnels et les groupes de soutien, dépistage du VIH et points de distribution
Ressources nécessaires :	Non-professionnels, hébergement, transport et stockage des médicaments
Riposte nationale :	Reconnaissance en tant que bonne pratique

Groupes communautaires de thérapie antirétrovirale

Les groupes communautaires de thérapie antirétrovirale respectent plusieurs principes essentiels :

- Ils sont formés à l'initiative de patients stables sous thérapie antirétrovirale au sein d'une même communauté.
- Les membres du groupe collectent les traitements antirétroviraux à tour de rôle à la clinique.
- Les consultations cliniques et les prises de sang sont réalisées au sein du groupe en clinique ou lorsqu'un membre a besoin de renouveler son traitement.
- Les membres du groupe assurent l'administration des médicaments au niveau communautaire, fournissent un soutien à l'observance et assurent un suivi des résultats du traitement.

À Tete, au Mozambique, des groupes formés à l'initiative de patients stables sous traitement antirétroviral composés de six personnes collectent les traitements antirétroviraux à tour de rôle lorsqu'ils se rendent à la clinique pour leur rendez-vous semi-annuel et leurs tests sanguins (pour la numération des CD4). Ces visites sont planifiées de manière à ce qu'une personne collecte les médicaments chaque mois. Les clients s'organisent ensuite pour la distribution des traitements antirétroviraux aux autres membres du groupe au sein de la communauté. Les membres du groupe fournissent également un soutien à l'observance et assurent un suivi des résultats du traitement. En présence de tout problème, les clients se présentent eux-mêmes à la clinique ou sont orientés vers la clinique par d'autres membres du groupe.

Tableau 4

Modèle des groupes communautaires de thérapie antirétrovirale

MOZAMBIQUE – Modèle de Tete	
Contexte :	District rural
Groupe cible :	Patients stables sous traitement antirétroviral ou pas encore, enfants/adolescents et femmes enceintes
Renouvellement :	Mensuellement via un groupe communautaire
Visite en clinique :	Tous les 6 mois pour le renouvellement des médicaments, le bilan clinique et la prise de sang (CD4)
Mécanisme d'orientation vers une clinique :	D'initiative personnelle ou par d'autres membres d'un groupe communautaire
Nombre de groupes et de patients :	2 023 groupes et 8 181 patients (septembre 2013)
Prise en charge des patients :	~50 % des personnes éligibles
Poursuite des soins :	95 % après 20 mois de suivi en groupe communautaire
Fonctions étendues :	Tests par des conseillers communautaires via les groupes communautaires
Ressources nécessaires :	Lien essentiel entre groupes communautaires et centres médicaux (conseillers)
Riposte nationale :	Groupes communautaires comme stratégie nationale

Le modèle des groupes communautaires de thérapie antirétrovirale a été transféré à d'autres contextes en adaptant et en simplifiant les procédures, les outils et les programmes de visite (par exemple un renouvellement des médicaments tous les trois mois et des consultations cliniques annuelles avec suivi de la charge virale). MSF a perfectionné le modèle pour des populations clés spécifiques, par exemple les mères enceintes et les adolescents, et explore la manière dont les groupes communautaires de thérapie antirétrovirale peuvent améliorer le dépistage du VIH, l'orientation vers les services médicaux et la rétention préablement à la thérapie antirétrovirale.

Espacement des rendez-vous et renouvellement Fast-Track des traitements antirétroviraux : approches communautaires au sein des structures médicales

Les stratégies communautaires d'administration des traitements antirétroviraux décrites ci-dessus doivent être combinées avec des stratégies en clinique afin de réduire le poids du traitement pour les patients et pour le personnel médical lorsque les traitements doivent être renouvelés. Cela est possible en espaçant les visites à la clinique et en garantissant un accès rapide au renouvellement des traitements antirétroviraux.

L'espacement des visites à la clinique et le renouvellement Fast-Track des traitements antirétroviraux suivent plusieurs principes essentiels :

- fournir une stratégie individuelle en clinique pour les patients stables sous traitement antirétroviral ;
- réduire la fréquence des consultations cliniques en permettant l'obtention de médicaments pour de plus longues périodes ; et
- permettre l'accès direct aux dispensaires de traitements antirétroviraux pour le renouvellement individuel des médicaments et le contrôle de l'observance.

À Chiradzulu, au Malawi, un protocole a été établi pour les rendez-vous, exigeant que les patients stables ne se rendent à la clinique que tous les six mois pour une évaluation clinique et une fois tous les trois mois pour recevoir leur traitement antirétroviral. Les assistants médicaux, c'est-à-dire du personnel médical rémunéré au sein de la communauté, assurent le renouvellement des traitements antirétroviraux chaque trimestre dans les centres médicaux. Ils contrôlent également l'observance du traitement par le client à l'aide d'un outil d'évaluation standardisé. En cas de problème, l'assistant médical oriente le client vers le personnel médical pour une consultation clinique.

D'autres pays ont adopté des modifications de la réglementation et des méthodes pharmaceutiques qui permettent de fournir une plus grande quantité de traitements antirétroviraux en un moins grand nombre de rendez-vous. Les sites qui peuvent assurer un suivi de la charge virale passent à présent à des visites cliniques annuelles pour les clients, avec un renouvellement des traitements antirétroviraux tous les deux à trois mois.

Tableau 5

Stratégies de thérapie antirétrovirale Fast-Track en clinique

MALAWI – Modèle de Chiradzulu	
Contexte :	Rural
Groupe cible :	Patients stables sous thérapie antirétrovirale
Renouvellement :	Tous les 3 mois en clinique
Visite en clinique :	Tous les 6 mois pour examen clinique et annuellement pour la charge virale
Mécanisme d'orientation vers une clinique :	Assistant médical et d'initiative personnelle
Nombre de patients :	8566
Prise en charge des patients :	20% des patients actifs sous thérapie antirétrovirale
Poursuite des soins :	97 % à 12 mois de suivi
Ressources nécessaires :	Assistants médicaux
Riposte nationale :	Problèmes liés à la manipulation de médicaments par des non-professionnels



Un membre d'un groupe communautaire de thérapie antirétrovirale relève le nombre de comprimés restants après un inventaire de fin de mois au Malawi.

© Miguel Cuenca/MSF

ENSEIGNEMENTS TIRÉS : CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE RÉUSSIE DES MODÈLES

D'importants enseignements continuent d'être tirés à travers le déploiement de ces modèles et leur extension par des organisations non gouvernementales internationales et des ministères de la santé (avec un soutien limité de partenaires internationaux). Plusieurs facteurs clés ont été identifiés, qui garantissent le bon fonctionnement de ces modèles et évitent de propager les défaillances du système de santé aux services communautaires.

L'extension de ces modèles nécessite un solide leadership des ministères de la santé nationaux. Elle nécessite également l'engagement de la communauté des personnes vivant avec le VIH afin de garantir la responsabilisation et l'adaptation locale. Préalablement à la mise en œuvre de l'un de ces modèles, un processus formel de consultation des prestataires médicaux, des réseaux de personnes vivant avec le VIH et des représentants de la communauté doit intervenir au niveau national et au niveau des districts. Ceci permettra de déterminer la stratégie de renouvellement la mieux adaptée au contexte local. La garantie d'une formation adéquate et d'une supervision permanente des équipes médicales de district est également essentielle pour une extension réussie.

Fourniture flexible et fiable des médicaments

L'approvisionnement, la gestion des pharmacies et la gestion des chaînes d'approvisionnement pour les sites périphériques sont essentiels pour la mise en œuvre des modèles communautaires. Les faiblesses des chaînes d'approvisionnement peuvent conduire à des pénuries de traitements antirétroviraux, et ces faiblesses doivent donc être soigneusement suivies et rapportées.

La réduction des contacts avec les services médicaux peut nécessiter une modification des règles de prescription des médicaments, afin de permettre la distribution d'un traitement antirétroviral pour une durée supérieure à un mois. Bien que cela soit actuellement permis dans de nombreux pays, l'efficacité de telles règles est limitée par des quantités insuffisantes de médicaments, des retards d'approvisionnement ou le manque général de sources de financement. Le passage récent de la plupart des pays à un traitement antirétroviral de première ligne fourni sous la forme d'une dose fixe pour tous les adultes devrait simplifier l'approvisionnement en médicaments et améliorer l'observanceⁱⁱⁱ, et appuyer un peu plus les modèles communautaires de prise en charge (8, 9).

Appui des non-professionnels

Dans chacun de ces modèles, des membres de la communauté sont impliqués dans des tâches essentielles qui appuient la mise en place, la formation, le suivi et la facilitation de groupes de pairs. Ils assument également des responsabilités cliniques élémentaires (par exemple l'évaluation générale des symptômes).

Un défi majeur dans de nombreux pays est l'absence de structures permettant de faire appel à des non-professionnels ou à des personnes ayant reçu une formation élémentaire dans le cadre global des services médicaux : des programmes de rémunération et de conservation de ce personnel ainsi que des mesures de supervision adéquates font fréquemment défaut (10, 11). Une pierre d'achoppement majeure pour les ministères de la santé est le refus d'inclure un nouveau groupe dans leur budget tant que les groupes existants sont confrontés à des difficultés en termes de rémunération et de conservation du personnel. Étant donné les précédents dans l'appel à des non-professionnels dans d'autres domaines médicaux, par exemple le modèle de gestion communautaire du paludisme (12) et les recommandations récentes de l'OMS indiquant que le personnel médical communautaire formé et sous supervision devrait dispenser les traitements antirétroviraux entre les visites régulières à la clinique (13), de telles restrictions devraient être levées.

Accès à une gestion clinique de qualité

La gestion communautaire des soins dépend de l'orientation fiable vers des professionnels de la santé lorsque l'état de la personne vivant avec le VIH se détériore. Elle requiert également un contact régulier avec les services médicaux tous les six mois afin de garantir un niveau minimal de suivi clinique et biologique. Ce niveau minimal de gestion clinique a été partiellement atteint par ces modèles communautaires, en formant les personnes vivant avec le VIH au soutien de l'observance auprès de leurs pairs et à l'identification des signes et symptômes potentiels de tuberculose, des infections opportunistes courantes, de perte de poids significative ou de toxicité spécifique des antirétroviraux.

iii Combinaison à dose fixe : tenofovir+lamivudine/emtricitabine+efavirenz

Implication des intervenants communautaires

Les intervenants communautaires ont été consultés pour la planification et la mise en œuvre des modèles communautaires. Les premières expériences montrent que la collaboration avec les réseaux locaux de personnes vivant avec le VIH peut potentiellement stimuler une demande accrue de responsabilisation au sein du système de santé, via un rôle de garde-fou pour le suivi des ruptures de stocks de médicaments ou d'autres failles dans la qualité des soins aux patients. Il s'agit de l'une des raisons pour lesquelles la tendance actuelle à la réduction du financement des partenaires internationaux pour ces réseaux est préoccupante (14). En effet, un financement adéquat pour la société civile, notamment pour les réseaux de personnes vivant avec le VIH, peut permettre au modèle communautaire de potentiellement impliquer les clients dans le processus de responsabilisation dans le cadre de l'extension de la riposte au VIH.

Système de suivi fiable

Enfin, le suivi et l'évaluation sont des éléments essentiels dans la mise en œuvre de n'importe quel modèle communautaire. La responsabilisation vis-à-vis de la gestion clinique des patients, de la gestion des thérapies antirétrovirales et du soutien à l'observance doit être préservée tout en maintenant la capacité d'apporter des solutions face aux problèmes inévitables.

Indicateurs clés

Afin de garantir la responsabilisation dans le cadre des programmes, plusieurs indicateurs doivent être utilisés au niveau clinique. Ceux-ci comprennent la présence du client aux points de distribution des médicaments et la réception des médicaments. Les systèmes de suivi électronique simplifié peuvent faciliter le suivi de ces indicateurs, avec l'appui potentiel des appareils mobiles (santé mobile).

Approches de calcul des coûts

Les modèles communautaires de distribution des traitements antirétroviraux peuvent comporter des coûts initiaux minimaux tout en permettant des économies par rapport aux modèles de soin classiques en clinique. Avant de sélectionner un modèle, il importe de déterminer les coûts globaux correspondants et leur caractère plus ou moins économique dans différents contextes. Il importe de comprendre quelles sont les ressources requises pour mettre en œuvre ces modèles en fonction de différents contextes, notamment en analysant le temps de travail et la charge de travail du personnel médical (15).

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Bemelmans M, Baert S, Goemaere E et al. (2014). Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine & International Health*. Août 2014;19(8):968–977 (disponible à l'adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12332/pdf>, consultation le 22 janvier 2015).

Community ART group toolkit: How to implement the CAG model—bringing treatment closer to home and empowering patients. Cape Town: SAMU (disponible à l'adresse <http://samumsf.org/blog/portfolio-item/cmc/>, consultation le 22 janvier 2015). Une série de vidéos expliquant les différents modèles peut également être téléchargée sur ce site.

Reaching closer to home. Cape Town: MSF Southern Africa Medical Unit (SAMU) (disponible à l'adresse http://www.msf.org/sites/msf.org/files/reaching_closer_home.pdf, consultation le 22 janvier 2015).

ART adherence club report and toolkit. Khayelitsha, South Africa: MSF, 2014 (disponible à l'adresse <http://samumsf.org/download/art-adherence-club-report-and-toolkit-khayelitsha/>, consultation le 22 janvier 2015).

D'autres ressources MSF concernant les modèles communautaires de prise en charge du VIH sont disponibles à l'adresse <http://samumsf.org/community-models-of-HIV-care/>.

RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA, 2014, The Gap Report.
2. ONUSIDA. 2014. Fast-Track–Ending the AIDS epidemic by 2030.
3. OMS, 2006.
4. OMS, 2013. Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH.
5. OMS, 2014. March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.
6. OMS, 2015. Updated 2015 Consolidated guidelines (forthcoming).
7. Meintjes *et al.* 2012. Guidelines for antiretroviral therapy in adults by the Southern African HIV Clinicians Society. SAJHIVMED 13, 114–133.
8. Ramjan *et al.* 2014. Patient and programme impact of fixed-dose combination antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. Tropical Medicine & International Health 19, 501–513.
9. OMS 2014.
10. Mwai *et al.* 2013. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. Journal of the International AIDS Society 16, 18586.
11. Ledikwe *et al.* 2013. Evaluation of a well-established task-shifting initiative: the lay counsellor cadre in Botswana. PLoS One 8, e61601.
12. Chanda *et al.* 2011. Community case management of malaria using ACT and RDT in two districts in Zambia: achieving high adherence to test results using community health workers. Malaria Journal 10, 158.
13. OMS 2013.
14. CIVICUS 2013. State of civil society: creating an enabling environment. World Alliance for Citizen Participation (CIVICUS), Johannesburg, Afrique du Sud. (*consultation le 19 janvier 2015*).
15. OMS, 2014.



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org