

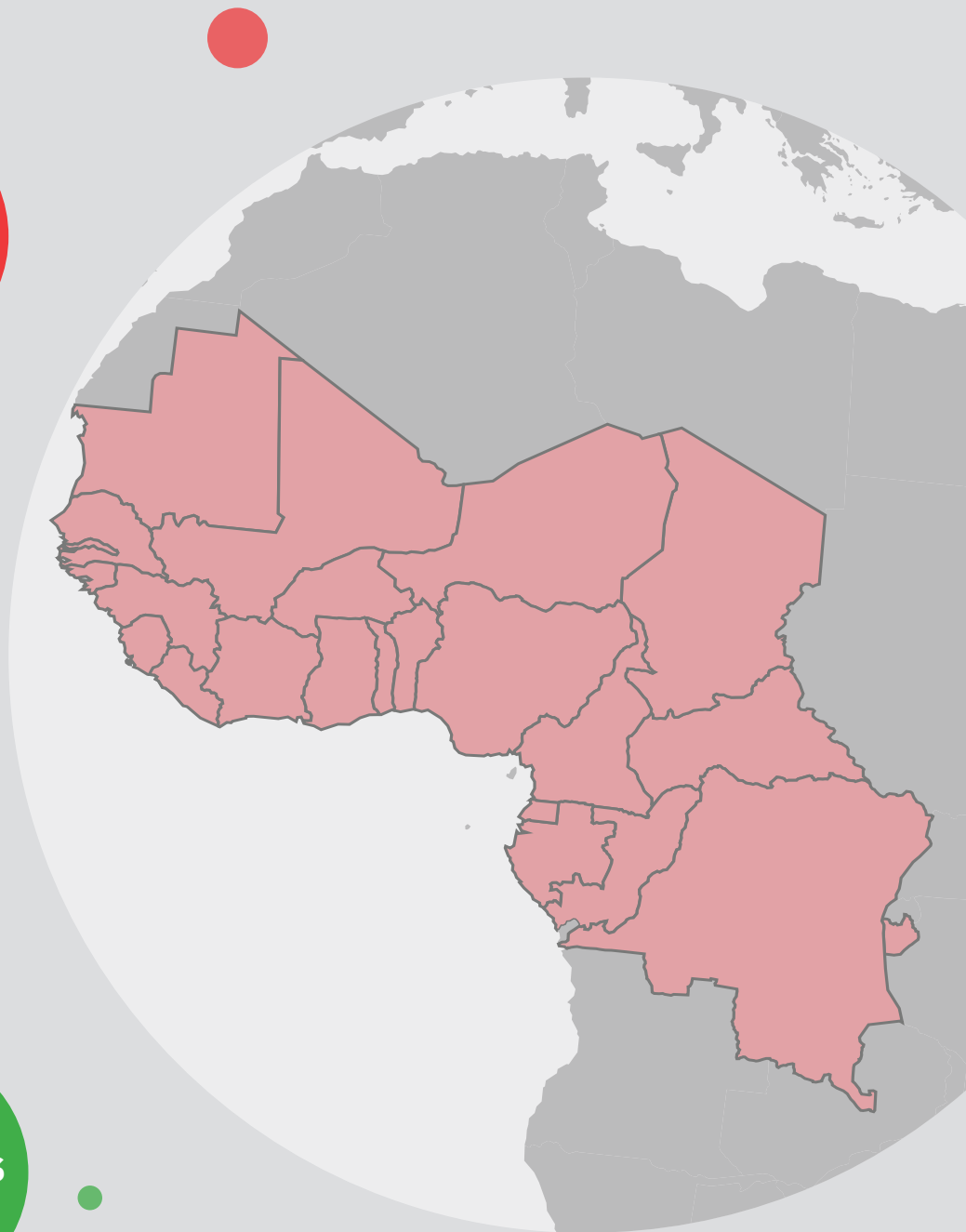
VERS UNE PRISE EN CHARGE PLUS EFFICACE ET ACCRUE DES PVVIH DANS LA
RÉGION D'AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE:

PARTAGE DE **TROIS APPROCHES NOVATRICES** PILOTÉES PAR MSF

PODI

R6M

CONSEILLERS



INTRODUCTION

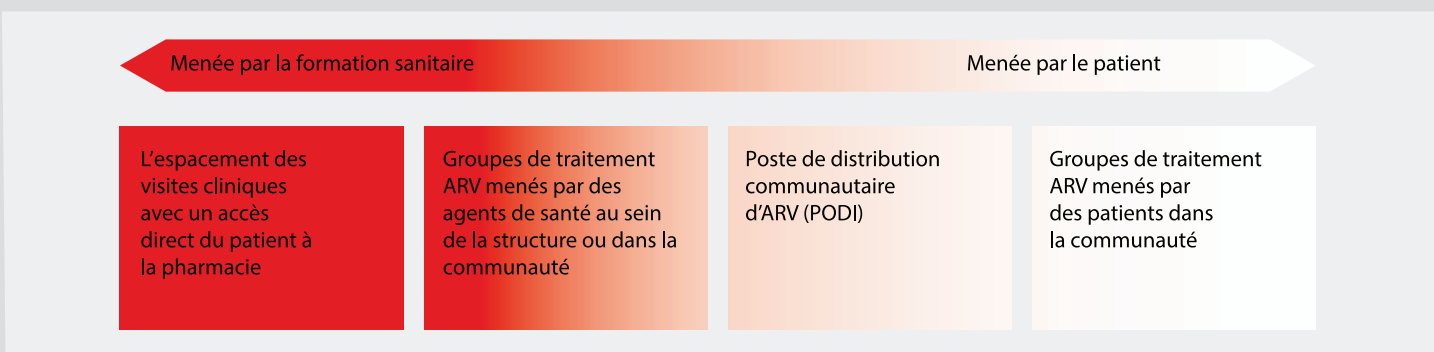
Plus de 17 millions de personnes vivant avec le VIH (PVIH) sont désormais sous traitement antirétroviral (TAR) à l'échelle mondiale.

En dépit de ce progrès remarquable, **la région d'Afrique occidentale et centrale (AOC) est à la traîne** : 72% des personnes qui requièrent un traitement –soit 4,7 millions de personnes au total - sont encore en attente de traitement. Cela se traduit par un taux excessif de mortalité et de morbidité, et une propagation non-jugulée de l'épidémie¹.

Pour rendre plus efficace et simplifier la gestion du nombre croissant de personnes sous TAR, permettre d'augmenter cette cohorte mais surtout de mieux répondre aux besoins des PVIH, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé la mise en place de **modèles différenciés d'accès aux thérapies antirétrovirales pour les patients stables**².

Ces approches de simplification des soins incluent en autres :

- l'espace des visites cliniques avec un accès direct du patient à la pharmacie pour la distribution d'ARV
- la constitution de groupes de patients sous TAR menés soit par des agents de santé communautaires au sein de la structure de santé ou dans la communauté
- la distribution d'ARV dans des postes de distribution communautaires gérés par les réseaux des PVIH
- des groupes de traitement menés par des patients^{3,4}.



Ces approches novatrices ont non seulement permis de réduire la charge sur les épaules des patients et du personnel soignant, mais ont également permis d'atteindre une excellente rétention dans les soins, ainsi qu'une bonne suppression de la charge virale.

Ainsi, dans les programmes pilotés par MSF en Afrique du Sud, les taux de rétention des personnes sous modèles différenciés de soins ont atteint 97% après 40 mois de traitement ; 94% au Malawi et 95% au Mozambique après 36 mois sous TAR ; et 91% en République démocratique du Congo (RDC) après 24 mois⁵. Même durant la crise d'Ebola en Guinée, la rétention après 12 mois était à 96% grâce au modèle d'espace des visites cliniques R6M (voir point 2).

Ces stratégies différenciées doivent désormais être répliquées à plus grande échelle et également être étendues à d'autres catégories de PVIH, telles les femmes enceintes, les enfants, les populations à risque (populations clés), ainsi que les personnes testées séropositives et directement mises sous traitement dans le cadre de l'approche « Traiter Tout le Monde » de l'OMS⁶. À défaut, les ambitieux objectifs mondiaux fixés par le Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) peineront à être atteints d'ici 2020⁷.

Trois approches novatrices de prise en charge du VIH et pilotées par MSF dans la région d'AOC sont succinctement présentées dans cette brochure. Leur partage s'inscrit dans le transfert des connaissances et expériences, nécessaires à la compréhension et réplique des stratégies permettant de réduire les écarts en termes de couverture antirétrovirale, notamment en AOC.

Certains principes, tels la séparation de la délivrance d'ARV de la prise en charge clinique, la dispensation du traitement pour des périodes plus longues et la délégation des tâches vers du personnel non médical pour le dépistage, l'accompagnement psychosocial et la distribution d'ARV, doivent sous-tendre les modèles différenciés de manière indérogable. Les autres composantes peuvent varier, mais seront, à l'instar de ces principes, adaptées en fonction du contexte et toujours axées sur les besoins spécifiques des patients.

Une combinaison des différentes approches est également souhaitable, comme l'indiquent les quelques recommandations qui concluent cette brochure.

1

LES POSTES DE DISTRIBUTION COMMUNAUTAIRE D'ARV (PODI)

Les Postes de distribution communautaire d'ARV (PODI) relèvent d'une stratégie différenciée de distribution du traitement antirétroviral, pilotée par MSF en RDC.

Ils ont été initiés dans la capitale Kinshasa à partir de 2010, en partenariat avec le Réseau National des Organisations d'Assise Communautaires (RNOAC). Leur but : désengorger la structure hospitalière soutenue par MSF pour permettre une meilleure capacité d'initiation au traitement et de suivi des cas critiques, ainsi que donner un accès aux ARV plus facile pour les patients stables, notamment au niveau communautaire, tout en responsabilisant les patients et en les rendant plus autonomes.

Fin 2015, quelque 2300 PVVIH, dont un tiers de de la cohorte active de MSF dans cette zone, obtenaient directement leurs ARV dans les 3 PODI dans la ville de Kinshasa, avec des résultats probants sur la santé des patients et le système sanitaire.

Il est important de noter que, même si le modèle PODI a évolué d'une approche verticale vers une approche intégrée dans le fonctionnement de la Zone de Santé, la gestion reste assurée au niveau communautaire, par le RNOAC.

Le modèle a été reconnu et adopté par le programme national de lutte contre le sida (PNLS) et est désormais financé par le Fonds mondial et PEPFAR. Plus de 30 PODIS sont prévus de voir le jour dans le pays⁸.

Le PODI en RDC en quelques points

Les points de distribution

- communautaires des ARV sont gérés par un réseau de PVVIH non médicales, formées à cet effet.

- Les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous sont recherchés par téléphone ou via des visites à domicile avec l'aide d'un réseau de volontaires au niveau local.

PODI

Le PODI peut également proposer des services de conseil, de dépistage et d'éducation

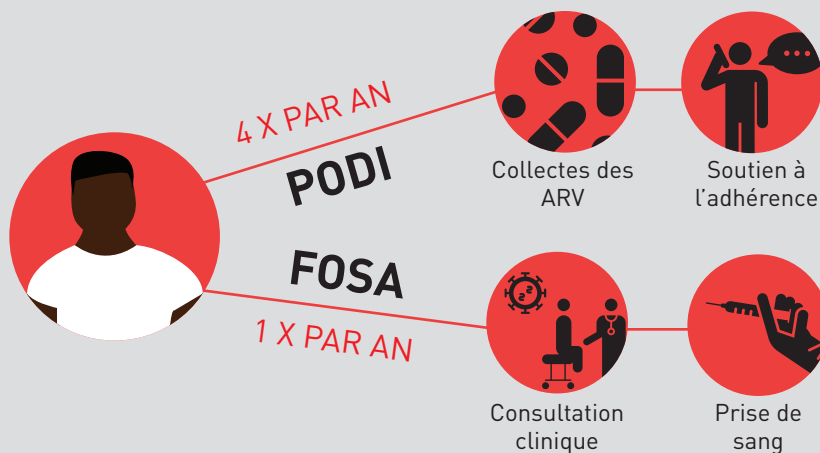
- thérapeutique, organiser des groupes de support, et apporter un accompagnement social.

Ils sont destinés aux patients adultes sous ARV qui sont stables et remplissent certains critères d'éligibilité, à savoir : avoir plus de 18 ans et être sous traitement ARV de 1re ou 2e ligne depuis 6 mois au moins ; avoir une charge virale de moins de 1000 copies/ml ou indétectable (en l'absence de la charge virale, le patient doit avoir un taux de CD4 > 350 ou un gain de 25 à 50 cellules au cours des 6 premiers mois) ; ne pas avoir d'infections opportunistes (IO) et ne pas avoir été hospitalisé pour des IO au cours des 3 mois précédents; ne pas être enceinte ou mère d'un enfant exposé.

Les patients se rendent tous les 3 mois au PODI pour la collecte de leurs ARV, un suivi de leur poids, et reçoivent - en cas de besoin - un soutien à l'adhérence de la part d'autres PVVIH formées à cela. Les services sont entièrement gratuits.

- Une fois par an, le patient se rend au sein d'une formation sanitaire (FOSA) pour un test de mesure de la charge virale et une consultation clinique annuelle (tous deux gratuits). En cas de plaintes médicales en dehors des visites annuelles, le patient peut toujours se rendre à la FOSA.

La Zone de Santé, niveau opérationnel de base du ministère de la Santé pour l'organisation des activités sanitaires, fait le lien entre les formations sanitaires et le réseau des PVVIH/PODI: elle assure la commande et l'approvisionnement des ARV et autres intrants des PODI, incorpore les données rapportées par les PODI dans le système de validation des données et les rapports nationaux, et assure la supervision trimestrielle des PODI.



LES + DES PODI

POUR LE PATIENT

Par rapport aux visites à la structure médicale, le coût de transport pour le patient est divisé par 3, et le temps d'attente pour récupérer les ARV par 7⁹. Grâce à un accès gratuit, rapide, proche de chez eux, confidentiel et non stigmatisant du fait de l'implication d'autres PVVIH, les patients sont davantage autonomes dans la gestion de leur maladie et motivés à poursuivre leur traitement.

Bonne rétention dans les soins des patients stables: 98% après 6 mois de traitement ; 95% après 12 mois et 91% après 24 mois. Cette rétention est due en partie à la recherche active des perdus de vue. À titre de comparaison, la rétention dans les centres de santé de la cohorte générale sous ARV est de 64% après 12 mois sous TAR et de 58% après 24 mois¹⁰.

Augmentation de l'accès au test de dépistage du VIH, avec des patients qui amènent des membres de leur famille ou autres membres de la communauté. En 2015, 2.054 personnes furent ainsi testées dans l'ensemble des PODI, dont 19% se sont révélées positives. Ces personnes sont ensuite référées vers les formations sanitaires pour leur prise en charge médicale et l'initiation au traitement.

Bonne suppression de la charge virale : une analyse faite par MSF en 2016 montre que parmi les patients suivis au PODI qui ont été testés à travers la FOSA, 96% présentaient une charge virale indétectable (à savoir de moins de 1000 copies/ml).

POUR LE SYSTÈME SANITAIRE

Les centres de prise en charge du VIH sont moins engorgés. Du fait de la diminution des consultations non nécessaires, les structures peuvent davantage se concentrer sur l'initiation au traitement et la gestion des patients sous TAR qui sont instables.

Le ratio coût/efficacité est intéressant : à partir de 2.000 patients, le coût annuel des ressources humaines par patient est d'environ 8 USD (alors qu'il est de 11,27 USD dans un centre de santé)¹¹.

LES CONDITIONS INDISPENSABLES AU BON FONCTIONNEMENT DES PODI :

- Le réseau des PVVIH joue un rôle primordial dans la gestion du PODI, et doit dès lors avoir de bonnes capacités organisationnelles, soutenues, si nécessaire, par un support technique et financier.
- Une synergie avec le système de santé est indispensable, basée sur une séparation claire des tâches entre les PODI et les FOSA mais axée sur la continuité des soins pour le patient (le personnel du PODI doivent pouvoir orienter promptement les patients avec plaintes médicales vers les formations sanitaires, les FOSA réfèrent vers les PODI les patients stables, etc.).
- La reconnaissance du travail des patients-experts. Cette fonction n'est souvent pas reconnue au sein du ministère de la Santé. Ils doivent être rémunérés, formés et supervisés pour assurer un travail de qualité.
- Un système de suivi et d'évaluation, intégré dans le système de santé national, est nécessaire pour maintenir la qualité des services et monitorer la chaîne d'approvisionnement en médicaments. Une gestion efficace des stocks de la pharmacie et de cette chaîne d'approvisionnement sont également indispensables afin d'éviter des ruptures de stocks.
- Un cadre normatif national soutenant les modèles différenciés de ravitaillement des ARV facilitera la mise en place des PODI.

2

ESPACEMENT DES VISITES CLINIQUES : RENDEZ-VOUS À 6 MOIS OU « R6M »

En Guinée, depuis 2014, dans le cadre d'une expérience pilote, les patients sous TAR qui sont stables se rendent au centre tous les 6 mois pour une consultation médicale, l'analyse de leur charge virale, et un réapprovisionnement de leurs ARV.

Ce modèle alternatif de limitation des consultations cliniques doublé d'un approvisionnement plus long en ARV, appelé « Rendez-vous à 6 mois » ou « R6M », avait déjà démontré ses effets positifs dans plusieurs programmes pilotes. Il fait désormais partie des lignes directrices de l'OMS, qui recommande des distributions d'ARV moins fréquentes pour les patients stables, pour des périodes allant de 3 à 6 mois¹².

En Guinée, le modèle R6M a été adopté à Conakry en 2013 suite aux problèmes de rétention des patients sous traitement (dans un pays où les taux de dépistage et d'initiation au traitement antirétroviral sont déjà faibles). À cela s'ajoutait la nécessité de désengorger les centres de prise en charge des PVVIH, de réduire la charge du suivi de ces personnes pour le personnel, mais également de réduire le fardeau pour ces patients en terme de coûts de transport, de fréquence des visites médicales et de temps d'attente pour la récupération des ARV.

Bien qu'initialement confrontée à une certaine réticence du personnel soignant, cette stratégie novatrice a démontré son impact positif sur la rétention dans les soins, également durant l'épidémie d'Ebola qui affecta le pays en 2014 et 2015. Ce modèle pourrait donc également s'avérer utile lors d'autres crises, pour éviter l'interruption du traitement quand l'accès aux structures de santé est limité ou interrompu.

Plus de 55% de la cohorte active des PVVIH suivies par MSF dans la capitale, soit plus de 3.100 PVVIH stables, bénéficient aujourd'hui de ce modèle différencié de soins. Les autorités sanitaires guinéennes, qui ont appuyé son application pendant la crise d'Ebola, se préparent à intégrer cette stratégie différenciée dans leur plan national de prise en charge des PVVIH.

Le R6M en Guinée en quelques points

R6M

Les patients stables viennent tous les 6 mois pour une visite clinique, avoir une mesure de leur charge virale, et recevoir leur traitement ARV.

Les critères de sélection appliqués sont les suivants: les patients doivent être âgés de plus de 15 ans, être sous traitement ARV de 1^{re} ligne depuis au moins 6 mois ; avoir une charge virale de moins de 1000 copies/ml ; être aux stades cliniques 1 et 2 de la maladie (selon l'échelle de l'OMS) ; ne pas avoir d'infection opportuniste ni être une femme enceinte ou mère d'un enfant exposé.



2X PAR AN



Consultation clinique



Collectes des ARV



Prise de sang

LES + DU R6M

POUR LE PATIENT ET LE SYSTÈME SANITAIRE

Une diminution des contraintes sur les patients telles la réduction des coûts de transport, de la fréquence des visites, et des temps d'attente dans les structures médicales.

Une réduction du coût pour le système sanitaire.

Une réduction de la charge de travail du personnel soignant qui peut ainsi se concentrer sur la mise sous traitement ARV de nouveaux patients, et sur les patients présentant des complications.

Une réduction de la stigmatisation. Grâce à une fréquentation réduite des structures de santé, les soupçons qui pèsent sur le patient s'en trouvent réduits.

Dans le cadre de l'épidémie d'Ebola, la R6M a également permis de résister à la crise en assurant la continuité des soins pour les patients sous traitement (96% de taux de rétention dans les soins après 12 mois), et en contribuant à réduire les risques de transmission du virus Ebola par la réduction des contacts entre personnes dans les structures de soins.

Une amélioration marquée de la rétention dans les soins. Une étude rétrospective comparant un groupe de patients inclus dans le modèle R6M a ainsi montré un taux de rétention de 95,8% pour ce groupe après 24 mois de traitement. À titre de comparaison, la rétention dans les centres de santé de la cohorte générale sous TAR est de 62% après 24 mois.

Une réduction du taux des perdus de vue. La même étude a montré un taux d'attrition réduit de 60% sur un suivi de deux ans dans le groupe R6M comparé au groupe de contrôle.

LES CONDITIONS INDISPENSABLES AU BON FONCTIONNEMENT DU R6M :

- Une chaîne d'approvisionnement adéquate en ARV permettant une dispensation du traitement pour une période de 6 mois.
- Une bonne couverture de la mesure de charge virale. À défaut, les critères cliniques et immunologiques peuvent être appliqués.
- Une intégration fluide et constante des patients éligibles au passage au R6M.

3

DÉLÉGATION DE TÂCHES VERS DES CONSEILLERS

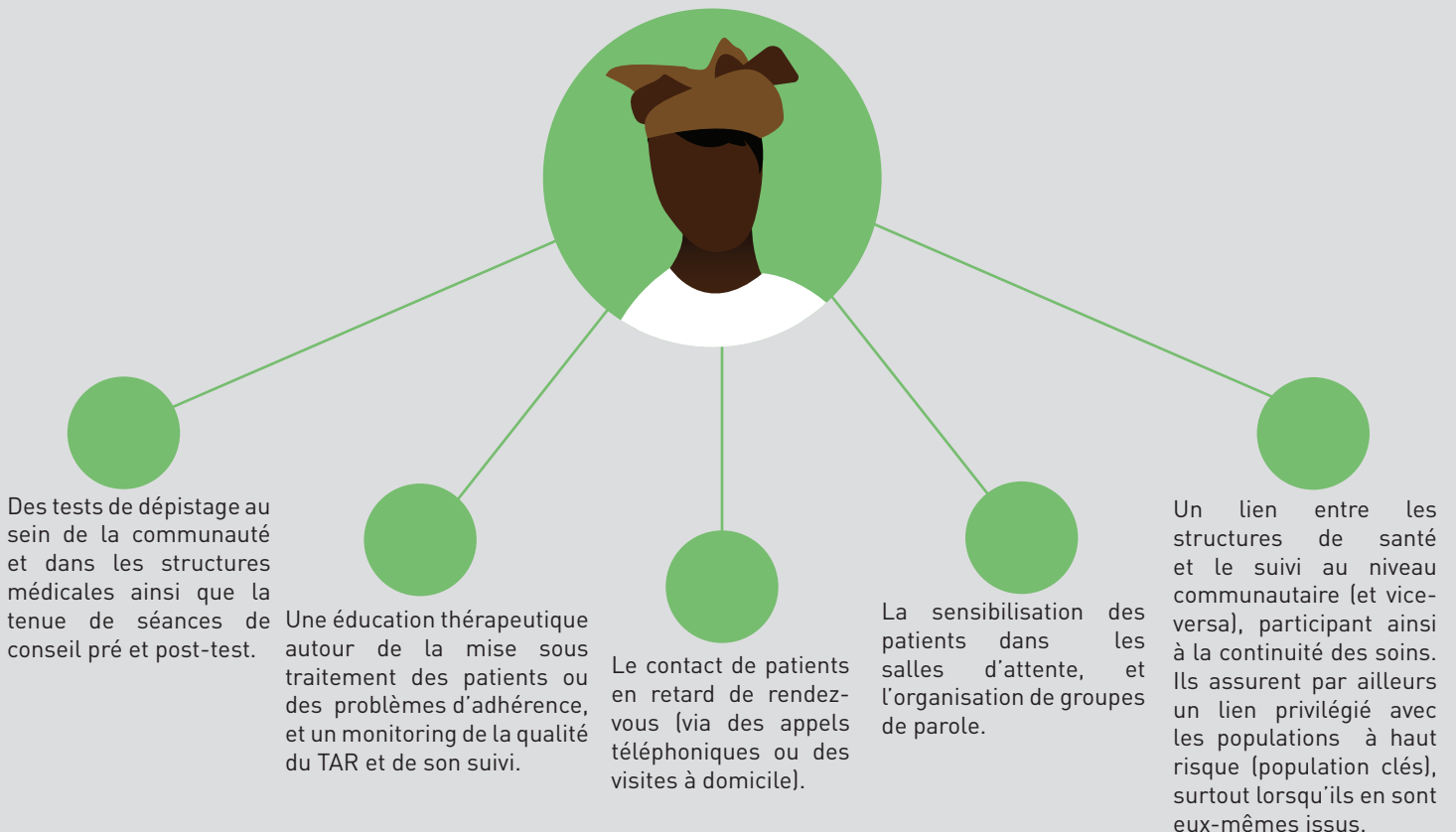
Afin de répondre en partie à la pénurie de personnel de santé qualifié qui caractérise de nombreux pays affectés par le VIH, et d'améliorer les soins dispensés aux PVVIH, l'OMS recommande le transfert de tâches liées au dépistage du virus à des agents de santé communautaires ou à des conseillers (parfois également appelés médiateurs associatifs, accompagnants psychosociaux, patients-experts ou conseillers pairs lorsqu'il s'agit de PVVIH qui jouent ce rôle). Ces « lay counsellors » ou conseillers sont formés à l'utilisation de tests de diagnostic rapide pour offrir de manière autonome des services de dépistage sûrs et efficaces. Comme ils assurent par ailleurs de nombreux services de conseil et support pour les personnes qui vont être ou sont déjà sous traitement, l'OMS recommande également que ces conseillers puissent dispenser des ARV entre les visites cliniques de contrôle et ce, aussi bien dans les structures de prise en charge que dans la communauté¹³.

En Afrique australe, la délégation et partage de tâches aussi bien des médecins vers le personnel infirmier qu'envers des conseillers a contribué à l'expansion rapide des services liés au VIH, et se traduit par une observance du traitement accrue et un meilleur suivi des patients (et inversement, par une réduction des tests effectués lorsque les postes de conseillers sont supprimés¹⁴,¹⁵,¹⁶).

De nombreux pays de l'AOC n'ont pas encore pleinement mis en œuvre ou formalisé cette stratégie de délégation des tâches, mais différentes initiatives commencent à voir le jour, telles l'implication de conseillers et associations de patients dans les PODIS décrite précédemment, ou la mise en place de médiateurs associatifs pour l'accompagnement psychosocial de patients en Guinée. Là, ce sont 12 agents associatifs (deux par centre), eux-mêmes séropositifs, qui participent de façon dynamique et efficace à la prise en charge des PVVIH dans six centres de santé de la capitale, Conakry. À la différence des agents de santé, les médiateurs associatifs sont beaucoup plus sensibles aux difficultés psycho-émotionnelles que rencontrent les patients. Cette approche développée par MSF suscite de plus en plus d'engouement auprès des autorités guinéennes (et bailleurs de fonds), qui l'ont reprise pour construire leur politique nationale d'accompagnement psychosocial des PVVIH¹⁷.

Rôle des conseillers, en Guinée et ailleurs

Les conseillers, une fois formés aux tâches qui leur sont attribuées, permettent d'offrir un accompagnement psychosocial aux PVVIH, à savoir :



LES DU TRANSFERT DE TÂCHES VERS LES CONSEILLERS

Au niveau du dépistage et du conseil pré et post-test

Les conseillers accroissent les services fournis de conseil et dépistage. Cela réduit la charge de travail du personnel soignant, permet de détecter les cas plus tôt au niveau de la communauté, et de référer les PVVIH vers la prise en charge médicale.

Ils renforcent et accroissent les points d'entrée au dépistage du VIH.

Au niveau de l'initiation au traitement ARV

Un conseil structuré autour de l'initiation au traitement peut réduire le nombre de patients perdus de vue entre le moment du dépistage et la mise sous traitement, et permet également d'assurer la rétention dans les soins et l'adhérence une fois le traitement initié.

Chez les patients à haut risque

Des interventions additionnelles pour les personnes qui ont un risque plus élevé d'interrompre leur traitement peuvent également être effectuées par les conseillers, comme le soutien psychosocial aux patients qui ont des difficultés d'adhérence et aux femmes enceintes incluses dans le programme B+ de prévention de transmission du virus de la mère à l'enfant, la divulgation du résultat de diagnostic aux enfants, ou le soutien aux patients sous traitement contre la tuberculose résistante aux médicaments.

Au niveau de la rétention dans les soins

Les conseillers ont un impact sur l'adhérence et la rétention des patients, notamment dans le cas où ce conseiller est une PVVIH, puisque le patient voit un de ses pairs vivre positivement avec la maladie. La participation communautaire est renforcée, et les coûts pour les patients sont moindres.

Ils aident à obtenir des résultats positifs dans l'autonomisation des patients dans leur traitement, à des résultats de santé améliorés, et des charges de travail réduites pour le personnel soignant.

Au niveau de la suppression virologique

Les conseils destinés à une meilleure observance du traitement ARV et fournis par les conseillers permettent une meilleure suppression virologique. En cas de mauvais résultats en termes de mesure de charge virale chez un patient, les conseillers permettent également d'intervenir en tentant de comprendre le problème et peuvent proposer des actions concrètes.

CONDITIONS INDISPENSABLES AU BON FONCTIONNEMENT DE L'APPROCHE :

- La clarification des lignes directrices à suivre dans le cadre de l'accompagnement psychosocial ayant pour objectif de soutenir l'adhérence et la rétention pour tous les patients (y compris les femmes enceintes positives et les patients tuberculeux), ainsi que la définition du circuit du patient vers les conseillers et le rôle du personnel de santé dans cet accompagnement (sage-femme pour le dépistage en consultation prénatale par exemple).
- La reconnaissance du rôle des conseillers; l'harmonisation de leur rémunération, du cursus de formation et de leur description de poste; et l'appui technique et financier à leur fournir.
- La formation et la supervision de ces conseillers par des professionnels.
- Le développement d'une stratégie à long-terme pour les RH en santé qui inclurait les services d'accompagnement psychosocial réalisés par les conseillers, avec un soutien des bailleurs pour le planning, leur intégration dans la politique de santé et leur financement.

ET DEMAIN ? QUELQUES PISTES POUR LA SUITE.

Ce document décrit les avantages de trois approches novatrices pour les PVVIH et les programmes de prise en charge des patients. Afin d'optimiser les bénéfices y afférents, une série de suggestions ou amendements sont recommandés :

Une combinaison des divers éléments des stratégies et modèles est souhaitable :

- Une synergie de plusieurs stratégies permet d'accroître la palette de choix pour le patient et ainsi d'organiser leur traitement autour de leur vie familiale, sociale et professionnelle.
- Ces approches doivent être combinées à des mesures permettant de faciliter l'accès aux soins, telles la prise en charge gratuite des patients, la réduction du temps d'attente pour leur suivi, une participation dans les frais de transport, l'éducation thérapeutique, et le soutien par d'autres PVVIH.

Les modèles différenciés de soin actuels sont basés sur des critères d'éligibilités assez stricts en termes de types de patients inclus et les modalités de leur accès à un approvisionnement en ARV qui soit simplifié et plus proche de leur lieu de résidence. Face aux excellents taux de rétention dans les soins de ces modèles, **une révision des critères d'éligibilité est souhaitable**, afin d'augmenter la proportion de patients qui pourraient bénéficier de ces approches. Plus spécifiquement, les changements suivants pourraient se révéler utiles :

- Les temps de trajet, d'attente dans les structures de santé, la stigmatisation, ou les contributions financières des patients pour les consultations médicales sont autant de freins à la rétention dans les soins. L'inclusion dans des modèles alternatifs moins lourds des enfants et des adolescents, des femmes enceintes, des patients co-infectés, ainsi que des migrants et des populations mobiles, pourrait se révéler productif.
- Dans le cadre des critères de l'OMS d'élargir le TAR à toutes les personnes vivant avec le VIH, les personnes testées positives et ayant un taux de CD4 > 500 sont désormais censées être mises directement sous traitement. La majorité de ces personnes ne présentent pas de signes cliniques et ne nécessitent pas de soins du même ordre que des patients étant à un stade plus avancé de la maladie. Dès lors, un parcours adapté pour ce type de patients, avec des visites médicales moins fréquentes, des approvisionnements en ARV simplifiés et une intégration dans des modèles communautaires, permettrait une autonomisation accrue de ces PVVIH (avec probablement également un effet positif sur leur rétention).
- Dans les contextes où les possibilités de mesure de la charge virale sont encore limitées et afin de ne pas retarder la mise sous traitement de patients dans le besoin, l'utilisation de critères cliniques et immunologiques pour évaluer l'admissibilité de patients dans les modèles différenciés constitue une alternative possible.

La probabilité d'interruption de services **dans les contextes en proie aux crises** est plus élevée que dans des environnements stables. **Les modèles de soins axés sur une autonomie du patient et une flexibilité accrue dans la distribution d'ARV sont donc plus adaptés à ce type de contextes.** Lors de pics de violence, de tensions politiques ou autres crises, le déclenchement de mesures de contingence telles que la dispensation d'ARV pour de plus longues périodes et la disponibilité de stocks au sein de la communauté (et accessibles à tous les patients, stables ou non) font partie de mesure anticipatoires souhaitables. Des modèles alternatifs de distribution des ARV peuvent également mitiger les effets de systèmes de santé fragiles, par exemple dans les cas où les barrières à l'accès aux soins VIH sont doublées d'une offre de soins limitée (situations de ruptures de stock d'ARV et autres intrants médicaux, etc.).

Les recommandations de l'OMS proposent désormais pour les patients stables des **ravitaillements d'ARV moins fréquents**, couvrant des périodes allant de 3 à 6 mois. Le réapprovisionnement biannuel a démontré son efficacité. **Son extension au niveau annuel est en cours d'évaluation, tout comme des recherches sur des mécanismes alternatifs d'approvisionnement en ARV au niveau de la communauté.** Celles-ci incluent des points de distribution automatisés, une livraison par envoi postal, des points relais dans des pharmacies locales, des distributions mobiles, etc. **Ces initiatives doivent non seulement être soutenues et renforcées, mais d'autres stratégies doivent être évaluées**, afin de continuer à améliorer et simplifier la prise en charge et la vie des PVVIH en AOC comme dans le reste du monde.

¹Données ONUSIDA 2015, consultables sur : <http://aidsinfo.unaids.org/>. Pour plus d'information concernant la région de l'AOC, voir également le rapport de MSF : « Le Prix de l'Oubli : Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH », Avril 2016. http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/2016_04_hiv_full_report_fr_link_low.pdf

²Pour de plus amples informations sur la prise en charge différenciée du VIH, consultez <http://www.differentiatedcare.org/>

³OMS, « Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach » - Second edition, June 2016. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/#>

⁴Belmans M. et al., « Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa », *Tropical Med Int Health*. August 2014;19(8):968-977. <https://www.msfnaccess.org/sites/default/files/2014%20comm%20supported%20models%20tmh.pdf>

⁵MSF, Modèles adaptés de ravitaillement des ARVs : les expériences de Médecins Sans Frontières, présentation dans le cadre d'une table ronde lors de la conférence AFRAVIH, Bruxelles, avril 2016.

⁶OMS « Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV », septembre 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

⁷Connues sous le nom des « cibles 90-90-90 », elles visent à ce que 90 % des PVVIH connaissent leur statut VIH, 90 % de toutes les personnes séropositives au VIH reçoivent un TAR continu, et que 90 % de toutes les personnes sous traitement atteignent une suppression virale. Pour en savoir plus, consultez : ONUSIDA, « Accélérer : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 », ONUSIDA, 2014, disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/fast_track_track_ainsi_que_ « Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021. Accélérer la riposte pour mettre fin au Sida », Octobre 2015, disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15-18_FR_rev1.pdf

⁸Pour de plus amples informations concernant la mise en place des PODI en RDC, veuillez noter qu'un "Guide de mise en place des postes de distribution communautaire d'ARV" a été publié par MSF et le RNOAC fin 2016, et est disponible sur : <http://samsums.org>

⁹Jouquet Gu. et Engels Th., Economic Evaluation of HIV/AIDS Primary/Community Care in Four Selected MSF Project Settings: Patient and Health Care Provider Perspective. Rapport non publié, Médecins Sans Frontières, Bruxelles, juillet 2011.

¹⁰MSF, Le traitement antirétroviral au niveau communautaire pour une meilleure rétention: Expériences des points de distribution (PODI) communautaires à Kinshasa, RDC. Présentation dans le cadre de la conférence AFRAVIH, Bruxelles, avril 2016.

¹¹Jouquet Gu. et Engels Th., *Op.Cit.*

¹²OMS, « Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach » - *Op.Cit.*

¹³*Ibid.*

¹⁴Selon une étude MSF menée dans la province du Kwazulu Natal, en Afrique du Sud, le retrait de chaque poste de conseiller a résulté en 28 tests en moins effectués par mois. Voir la présentation de MSF, « Getting to 90-90-90 : What will it take ? Perspectives and Realities from the Field », Conférence internationale sur le sida de Durban de juillet 2016, disponible sur <https://www.msf.org.za/about-us/publications/briefing-documents/getting-90-90-90-what-will-it-take>

¹⁵MSF, « HIV/TB counselling: Who is doing the job? Time for recognition of lay counsellors », août 2015. Disponible à l'adresse : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/final_web_counsellor_report_one_page.pdf

¹⁶La position des *conseillers* (lay counsellors) demeure cependant trop peu reconnue dans les politiques nationales et/ou manque de soutien. A ce sujet, voir Belmans M et al., « Sustaining the future of HIV counselling to reach 90-90-90 : a regional country analysis », *Journal of the International AIDS Society*, 2016, 19:20751 <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20751>

¹⁷Un guide reprenant les normes et procédures de l'accompagnement psychosocial des PVVIH a été élaboré par le programme national de prise en charge sanitaire et de prévention des IST/VIH/SIDA (PNPCSP) en Guinée en 2016.



Contact: aaub@brussels.msf.org

Twitter: [@MSF_HIV](https://twitter.com/MSF_HIV)

Pour de plus amples informations sur MSF et le VIH/SIDA, consultez:

www.samumsf.org

www.fieldresearch.msf.org

www.msf.org