



UN PROGRAMME DE RECHERCHE POUR LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

Plusieurs pays, principalement d'Afrique subsaharienne, ont adopté des politiques en matière de prestation de services différenciés (PDS) dans le cadre du traitement antirétroviral (TAR) et ont commencé à mettre ces modèles en application. Toutefois, plusieurs questions demeurent sans réponse concernant la meilleure manière de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH à mesure que la PDS se développe à plus grande échelle. Cette politique générale présente un programme de recherche pour une prestation différenciée des TAR qui s'appuie sur un groupe de réflexion [1] ayant rassemblé les parties prenantes de huit pays, notamment des ministères de la Santé, des prestataires de services spécialisés dans le VIH et des spécialistes de la lutte contre le VIH.

Ce document expose les lacunes de recherche identifiées au cours de la discussion, selon les quatre catégories de personnes vivant avec le VIH définies par l'Organisation mondiale de la Santé.

LES PERSONNES SOUS TAR ET CLINIQUEMENT STABLES

1. Évaluer le niveau de développement de la prestation différenciée des TAR à l'échelle du pays pour déterminer si la majorité des clients admissibles ont accès au TAR.

Identifier les obstacles et les moteurs de ce développement, y compris l'impact de prescriptions antirétrovirales plus longues (de plusieurs mois), la qualité des soins apportés aux clients et la satisfaction du personnel de santé.

2. Mener une recherche sur le système de santé pour définir et appuyer la réorientation de ce dernier vers la mise en œuvre systématique de la prestation de services différenciée, qui comprenne l'allocation des ressources, la gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, ainsi que les indicateurs de suivi et d'évaluation.
3. Déterminer le niveau d'intervention minimal nécessaire pour rendre possible l'auto-prise en charge des clients stables et suivre la fréquence à laquelle les clients de ces modèles de

PDS se présentent auprès des services de santé lorsqu'ils sont souffrants.

4. Mener des études scientifiques s'intéressant à la mise en œuvre de ces services ainsi que des projets visant à améliorer leur qualité, afin de déterminer le rôle, la capacité et l'impact des modèles de prestation différenciée des TAR qui intègrent d'autres prestations de soins, en particulier la gestion des maladies chroniques, les thérapies préventives contre la tuberculose et le traitement de la maladie, ainsi que les services relatifs aux droits et à la santé en matière de sexualité et de reproduction.

S'agissant des milieux à faible prévalence du VIH, une stratégie inverse est à adopter, à savoir intégrer la prestation différenciée des TAR à la prestation de soins intégrée. De bonnes pratiques existent ; il convient de les recenser et les décrire.

LES PERSONNES SOUS TAR ET EN ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE

1. Étudier les preuves et ensembles de données disponibles pour mesurer la proportion de clients sous TAR et en échec thérapeutique ou qui risquent l'échec à n'importe quel moment.
2. Déterminer les principaux éléments entravant et favorisant le perfectionnement des outils permettant d'identifier ces clients (acide nucléique viral, données relatives aux renouvellements pharmaceutiques, système de prédiction clinique), leur utilisation et l'élaboration de modèles de PDS adaptés aux besoins des grandes sous-catégories identifiées.

3. Déterminer les résultats obtenus chez ces clients grâce aux modèles de PDS.

Définir la méthode d'identification des clients admissibles et de prestation de services différenciés aux grandes sous-catégories selon leurs différents besoins (soutien psychologique et/ou soutien clinique et/ou accès simplifié et continu aux soins).

Démontrer qu'accroître la fréquence des visites aux personnes sous TAR et en échec thérapeutique ne contribue pas nécessairement à leur rétention et à la suppression virale.

LES PERSONNES SE PRÉSENTANT OU REVENANT AUX SOINS DANS UN BON ÉTAT CLINIQUE

1. Identifier les facteurs permettant à un client de bien se porter durant sa première année sous TAR et déterminer si une admissibilité précoce aux modèles pour clients stables doit être envisagée.
Déterminer si le fait de communiquer le programme de soins continus au client, y compris l'admissibilité aux modèles pour clients stables, peut renforcer la rétention au début du traitement.
2. Évaluer la rétention et la suppression virale auprès de groupes du secteur public lors de séances non destinées à la recherche, lorsque l'initiation rapide, voire le jour du diagnostic, au TAR à été mise en œuvre de manière systématique.
3. Modèles de PDS pilotes pour les clients ayant déjà été placés sous TAR qui reviennent aux soins après une interruption du traitement.
Décrire les grandes sous-catégories de clients qui reviennent aux soins, ainsi que leurs différents besoins.

LES PERSONNES SE PRÉSENTANT OU REVENANT AUX SOINS À UN STADE AVANCÉ DE LA MALADIE À VIH

1. Utiliser les ensembles de données existantes pour estimer la proportion de clients qui se présentent à un stade avancé de la maladie à VIH.
Ventiler ces données selon les clients qui se rendent à l'hôpital et ceux qui se rendent dans une clinique (bien portants ou souffrants) pour permettre l'élaboration de modèles de PDS adaptés.
2. Déterminer les principales raisons, ou causes, qui conduisent les clients à un stade avancé de la maladie à VIH à se présenter tardivement aux soins ou à y revenir.
Élaborer et mettre à l'essai des interventions appropriées permettant d'encourager les clients à se présenter dans un établissement de santé plus rapidement.
3. Modèles pilotes qui utilisent efficacement les résultats tirés de l'analyse rapide et semi-quantitative des CD4 pour assurer l'élaboration de méthodes de prestation de services adaptées*.
* Pour cela, il faut que le test rapide semi-quantitatif des CD4 soit aussi simple qu'un dépistage rapide du VIH. Sinon, il faudra mettre au point d'autres méthodes de comptage des CD4.

MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME DE RECHERCHE : MÉTHODES ET APPROCHES PRINCIPALES

COLLABORER

Le partage des programmes de recherche et des projets actuels sur la PDS favorise une compilation concertée et éclairée de données factuelles.

EXPLOITER LES DONNÉES RÉGULIÈRES

Une analyse plus approfondie des données existantes permettrait peut-être d'apporter des réponses aux questions soulevées dans le programme de recherche.

Ces ensembles de données sont indispensables pour l'établissement de références et de cibles.

AMÉLIORER LES ACTIONS DE PLAIDOYER ET LA DIFFUSION

Les écarts entre données factuelles et mise en œuvre à plus grande échelle ne nécessitent pas tous davantage de données : les actions de plaidoyer et les efforts visant à créer de la

demande, qui s'appuient sur des données existantes aux niveaux mondial, régional et national, pourraient accroître l'accès à la PDS des personnes vivant avec le VIH.

RECUEILLIR ET DIVERSIFIER LES DONNÉES FACTUELLES : INCLURE LES MILIEUX À FAIBLE PRÉVALENCE, LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES ET LA PDS DANS LA CASCADE DE SOINS LIÉS AU VIH

La plupart des données existantes proviennent de pays à forte prévalence d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe. Les données provenant d'autres régions (p. ex., Afrique de l'Ouest et du Centre) et d'autres populations, et celles recueillies tout au long de la cascade de soins liés au VIH, sont primordiales pour garantir l'accès de tous à la PDS.

RÉFÉRENCES

- 1 International AIDS Society, 2019. *Has differentiated service delivery delivered? A think tank discussion*. Rapport de réunion. <https://bit.ly/2FPwc4P> Consulté le 3 juin 2019.
- 2 Organisation mondiale de la Santé, 2016. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2^e éd.*
- 3 Organisation mondiale de la Santé, 2017. *Lignes directrices pour la prise en charge du stade avancé de la maladie à VIH et l'initiation rapide du traitement antirétroviral.*